1925

№3

Кр

Беларуская
медычная
думка

1925 г. №3

Пролетары ўсіх краёў, злучайцеся!
Беларуская Социялістычная Савецкая Рэспубліка

Том II 2-гі год выданьня

БЕЛАРУСКАЯ МЭДЫЧНАЯ ДУМКА

(Белорусская медицинская мысль)

Штомесячная часопіс

№ 3

Сьнежань

(12)



Выданьне Народнага Камісарыяту Аховы Здароўя Б. С. С. Р.
МЕНСК —— 1925 г.



Смоленск, тип. Опредснабзапа,
Б. Советская, 6. Заказ № 5.
Гублит № 674. Тираж 800 экз.
Издатель Наркомздрав БССР.
Минск. 1926 г.

Оглавление.

Посвящается
1-му Всесоюзному с'езду
участковых врачей.

ПОСТАНОВЛЕНИЕ

VII-го Всебелорусского С'езда Советов по докладу Наркомздрава Б. С. С. Р. тов. Барсукова о сельской медицине.

1. VII-й Всебелорусский С'езд Советов, заслушав доклад Наркомздрава БССР, отмечает, что последним была проделана большая работа по внесению плановости в организационное строительство сельской медицины. За счет некоторого сокращения числа прогульных коек и части фельдшерских пунктов было увеличено материальное и лекарственное снабжение районных больниц и участков, заработная плата сельскому медперсоналу повысилась. Врачебные амбулатории и больницы были частично пополнены врачами и подсобным медперсоналом. Наркомздрав примерно установил твердую цифру сельской сети, не подлежащей в дальнейшем сокращению. В содержание работы участка была внесена большая внутренняя ясность, и вся деятельность его вполне правильно рассматривалась под углом профилактики, т. е. оздоровления крестьянского труда и быта. Вопросам охраны здоровья матери и ребенка было уделено значительное внимание. Количество акушерских пунктов и летних полевых яслей увеличилось.

С'езд Советов одобряет открытие Наркомздравом в гуще крестьянского населения показательных аптек, торгующих по себестоимости и без коммерческой прибыли, и поручает правительству БССР принять меры к дальнейшей организации таковых в наиболее отсталых районах.

2. Однако С'езд Советов отмечает, что все эти мероприятия далеко еще не удовлетворяют действительной потребности крестьянства БССР в медицинской помощи, в силу целого ряда об'ективных условий. Гнет царского и помещичьего режима, империалистическая и гражданская войны оставили БССР тяжелое наследство. Экономическая и культурная отсталость белорусского крестьянства, массовое распространение социальных болезней, унаследованная от царского правительства, ничтожная лечебно-санитарная сеть в деревне, и к тому же разрушенная войной—крайне осложняют работу по строительству сельской медицины.

3. При дальнейшем строительстве медицины в деревне, правительство БССР должно учесть те главнейшие задачи, которые в настоящее время стоят перед медицинским участком и ждут своего практического разрешения: наибольшее приближение медицинского обслуживания к гуще крестьянского населения, борьба за здоровый быт, охрана здоровья матери и ребенка, постановка правильного физического воспитания крестьянской молодежи. На основе этого С'езд Советов поручает правительству БССР разработать план строительства сельской медицины, полагая, что первые два года строительства надо использовать на качественное укрепление существующей сельской сети, пересмотр ее состава и количественное усиление лишь в тех местах, где особенно остро ощущается нужда во врачебной помощи. Главное же внимание в эти два года необходимо обратить на: а) ремонт зданий больниц; б) удовлетворение лечебно-санитарных

учреждений полными штатами и транспортом; в) достаточное снабжение больниц и участков хозяйственными и медицинскими средствами, в том числе дезинфекционными, и простейшим лабораторным имуществом. При окружных больницах должно быть организовано для крестьян некоторое количество туберкулезных, кожно-половых и трахоматозных (глазных) коек. Необходимо предусмотреть больничное лечение заразных больных, хроников и душевно-больных. Необходимо иметь хотя бы по одному зубному кабинету на район. Остальные пять лет С'езд Советов считает целесообразным использовать на строительство новой сельской сети, приближая последнюю к норме.

4. С'езд Советов обращает особое внимание правительства БССР на мероприятия по охране материнства, младенчества и здоровья детей в деревне, которые раскрепощают женщину-крестьянку и дают ей возможность деятельного участия в общественной работе. С'езд Советов поручает правительству БССР в ближайшие два года принять следующие меры: а) пополнить участки акушерками, б) усилить строительство летних полевых яслей; в) увеличить количество родильных коек при районных и окружных больницах и г) развить организацию районных детских консультаций. С'езд Советов обращает также внимание правительства БССР на необходимость усиления школьно-санитарного надзора и правильного физического воспитания крестьянской молодежи.

5. С'езд Советов, отмечая напряженную работу медперсонала по борьбе с эпидемиями и по оздоровлению сельского населения, поручает правительству БССР принять меры к улучшению материального положения медработников деревни и издать положение о правах и обязанностях сельского медперсонала.

Кроме того, С'езд Советов, считая, что качественный состав медицинского персонала, работающего в деревне, требует переподготовки и усовершенствования, поручает правительству БССР разработать эти вопросы и предоставить возможность сельским врачам иметь научные командировки в Белорусский Государственный Университет или другие научные центры для пополнения своих знаний.

Вместе с тем С'езд Советов поручает правительству БССР принять меры к тому, чтобы медицинский факультет БГУ подготовлял врачей с достаточной научной и общественной квалификацией для практической работы в деревне.

6. Правильная работа лечебно-санитарных учреждений деревни тесно связана с достаточным количеством отпускаемых по бюджету денежных средств. Поэтому С'езд Советов поручает правительству БССР обратить внимание на правильное построение бюджета Наркомздрава, нормальное исчисление измерителей и на соответствующую перегруппировку государственной, окружной и районной сметы. Для этого необходимо: а) увеличить долю участия здравоохранения в расходной части обще-республиканского бюджета—государственного и местного, принимая во внимание, что задачи здравоохранения теперь гораздо шире и что медико-санитарные учреждения в значительной степени разрушены; б) большее количество средств по смете Наркомздрава надо перебросить непосредственно в районы на усиление сельской сети и в) освободить окружные бюджеты от дорого-стоющих показательных учреждений путем перевода их на государственный бюджет.

7. С'езд Советов подчеркивает, что конечная цель сельского медицинского участка есть оздоровление условий жизни и труда крестьянского населения. Поэтому, считая, что основной и главной задачей сельского врача является не только лекарственное лечение боль-

ных, но и участие в культурном строительстве деревни, С'езд признает необходимым, чтобы РИК'и и Сельсоветы при разрешении вопросов, связанных с планировкой деревни, с постройкой школ, жилищ, бань, колодцев и т. д. привлекали бы медработников деревни.

Могучим средством освобождения крестьянина от вековых суеверий и предрассудков является санитарное просвещение, которое сельский врач обязан проводить путем лекций, бесед, литературы, плакатов и т. д., причем необходимо добиваться, чтобы санпросветработа велась на родном языке населения. Избы-читальни, школы должны помочь сельскому медперсоналу в этой работе.

8. С'езд Советов считает, что задачи советской медицины в деревне будут скорее достигнуты, если во всей работе органов здравоохранения примет живое участие само крестьянство, в лице своих общественных организаций. Медицинский участок в своей работе должен опираться на Сельский Совет и Комитет Крестьянской Взаимопомощи. Необходимо привлечь к строительству здравоохранения партийные и профессиональные организации. Нормальная работа санитарных советов, санитарных троек, помощь школы и избы-читальни—есть то необходимое условие, без которого никакие планы, как бы хорошо они ни были составлены, к цели не приведут, ибо дело советского здравоохранения—есть дело самих трудящихся.



Медицина в деревне.

Доклад Наркома Здравоохранения БССР М. И. Барсукова на 7 Всебелорусском С'езде Советов 6/V 1925 г.

Товарищи, я должен буду сделать вам доклад о задачах сельской медицины, которая в настоящее время обслуживает крестьянское население. Многие из вас несомненно знают и отчасти на себе испытали слабость этой медицинской организации, которая теперь еще не может вполне охватить гущу крестьянства, но многие из вас еще недостаточно осознали огромную важность и огромное значение вопросов сельской медицины для экономики крестьянского хозяйства.

Если мы сейчас говорим, что нам необходимо поднять крестьянское хозяйство, поставить его на должную высоту и сделать так, чтобы мы действительно могли бы нашу бедную Белорусскую республику превратить в ту самую „Красную Данию", о которой говорил т. Адамович, нам не надо забывать одного момента. Этот момент заключается в следующем:—С ростом крестьянского хозяйства, с поднятием активности крестьянства, несомненно, увеличивается и потребность населения в медико-санитарных организациях. Медицинская помощь является тесно связанной с бытом населения и потому отделить эту помощь от запросов быта ни в каком случае нельзя.

Особенно теперь, когда наша партия и советская власть в целом обратили такое серьезное внимание на деревню, нам необходимо подойти как можно глубже и шире к вопросу о постановке лечебно-санитарного дела. Надо вам сказать, что наша Белоруссия в старое дореволюционное время была наиболее отсталой и угнетаемой окраиной бывшей царской империи. Мы знаем, насколько царский и помещичий режим давил белорусское крестьянство и нам также хорошо известно, как всякое вообще угнетение вредно отражается на здоровье населения. Кроме того, эта окраина находилась вблизи границы и, понятно, что войны—империалистическая и гражданская, оставили на белорусской деревне очень глубокий и долго неисчезающий след.

Если угнетение царизма принесло Белоруссии, особенно белорусской деревне, целый ряд таких болезней, как туберкулез, трахома, которые являются следствием тяжелых условий быта, то войны принесли с собой не менее тяжкое наследие—сифилис и венерические болезни, которыми у нас заражены буквально целые поселки, целые селения. Например, имеются районы в Витебском округе, где целые поселки поражены этой ужасной болезнью. За 1924 год мы имеем следующие абсолютные цифры заболевших: туберкулезом—30.546, трахомой—22.720, сифилисом—5.816. Эти цифры, конечно, еще не дают полной картины, так как наша санитарная статистика еще очень слаба, но все же они указывают, что здесь далеко не все благополучно.

Мы должны также констатировать еще целый ряд других заболеваний, которые имеют широкое распространение в нашей белорусской деревне. Такими болезнями являются те, которые зависят от слабости санитарного надзора и от недостаточной оценки того огром-

ного значения, которое имеют в жизни человека источники водоснабжения—колодцы, реки и т. д., из которых человек пьет воду, а также продукты питания в смысле их качества. На почве подобной неустроенности мы наблюдаем расцвет большого количества желудочно-кишечных заболеваний.

Если взять статистические данные, то Белоруссия занимает одно из первых мест по распространению дизентерии, выражаясь попросту кровавого поноса, брюшного тифа и других заболеваний, основанных на расстройстве пищеварительных органов. За 1924 год заболевших: острым желудочно-кишечным расстройством было—8.505, кровавым поносом—(дизентерией)—6.336 и брюшным тифом—4.674. Мы наблюдаем, что каждую весну, лето и осень десятки и сотни людей болеют этими болезнями. Все это также является результатом той санитарной отсталости, которую мы получили в наследство от царского режима.

В силу того, что Белоруссия представляет из себя страну с большим количеством болот и вообще всяких застойных вод,—в ней видное место занимает распространение болотной лихорадки или малярии, которой наиболее поражены Мозырский и Бобруйский округа. Из общего количества 8.218 малярийных больных, на Мозырский округ приходится 4.327 и на Бобруйский—1.367. В борьбе с малярией Наркомздрав тесно соприкасается с Наркомземом. Вы слышали в докладе Наркомзема целый ряд вопросов, относящихся к землеустроительным работам по мелиорации. Какое отношение имеет мелиорация к малярии? Безусловно огромное. Мелиорация—это осушка болот, а болота, мы знаем, являются теми естественными питомниками, которые содействуют развитию малярийного комара, единственного известного нам по науке передатчика человеку путем укуса болотной лихорадки. Вполне понятно, что, если мы осушим местность, проведем дренаж, то тем самым в корне убьем злейшего врага человека—малярийного комара и лучше всякого хинина раз навсегда покончим с этой болезнью.

Наконец, еще одно бедствие—детские болезни каждый год лишают жизни сотни наших малюток, наших детей, которые гибнут от скарлатины и кори.

Для сравнения я приведу цифры за два года заболеваемости этими болезнями.

1924 г.	скарлатина	4.420	1923	2.157
„	корь	10.354	„	29.501
„	коклюш	5.406	„	3.391
„	дифтерит	3.065	„	2.074

Тут опять таки мы наталкиваемся на целый ряд об'ективных условий. Мы еще не можем поставить наш школьно-санитарный надзор на должную высоту, потому что не хватает школьно-санитарных врачей, в силу чего врач не имеет возможности осматривать всех детей, приходящих в школу и отделять больных от здоровых. Естественно что, когда такой больной ребенок приходит в школу и соприкасается с здоровыми детьми, он невольно распространяет заразу, которая идет дальше, захватывает поголовно всю деревню и за отсутствием лечебной помощи, дает огромную детскую смертность. Вывод отсюда ясен:—надо усилить участки врачами, снабдить их дезинфекционными средствами и при районных больницах надо иметь детские койки. Чем чаще будет врач ходить в школу и осматривать детей, тем реже станут развиваться детские эпидемии.

Таким образом, об'ективные причины, которые легли в основу всего сказанного выше, повторяю еще раз, заключаются в том тяже-

лом наследии, которое получили мы от царизма. Глубоко ошибаются те товарищи, которые думают, что в так называемое земское дореволюционное время у нас лечебно-санитарная сеть в Белоруссии была достаточна. Ничего подобного. Те цифры, которыми я располагаю, показывают, что лечебно-санитарная сеть раньше даже была несколько меньше чем теперешняя. Но все же надо отметить, что качественно она была поставлена несколько лучше, особенно в части материального снабжения больниц. Если лечебная сторона медицинской помощи в земстве достигла определенных положительных результатов, то в области санитарной было сделано очень и очень мало. Мы знаем, что из себя представляет сам город Минск—столица Белоруссии, в котором царское правительство не позаботилось даже провести простейшей канализации. Целый ряд городов Белоруссии не имеют самых обыкновенных канализационных установок для очищения жилых мест. Все нечистоты зачастую выливаются непосредственно на улицу и эта, так называемая, „открытая канализация" своим запахом, особенно весной и летом невыносимо отравляет воздух наших местечек и городов. Таким образом в санитарном отношении положение Белоруссии в царское время было далеко не блестящим, и мы сейчас должны за грехи царизма расплачиваться тяжкой ценой—здоровьем рабочих и крестьян. Товарищи, нарисовав такую мрачную картину существующего, я должен отметить те достижения, которые были в работе Наркомздрава по отношению к сельской медицине. При наших скудных средствах мы не могли в этом бюджетном году развить строительство новой сети. Мы должны были нашу сеть уплотнить количественно, и качественно сделать ее более сильной и крепкой. Мы считали—меньше, да лучше, чем больше, да хуже. Мы пытались совместно с местными работниками набросать ту сжатую сеть, которая отчасти могла бы удовлетворить крестьянство, с другой стороны была бы посильна нашему государственному бюджету. Таким образом мы сократили некоторое количество коек районных больниц, которые пустовали, потому что крестьяне не шли в такие больницы, где не было медикаментов, где плохо кормили больных. Крестьяне понимали, что такие больницы лечить не могут и только имеют вывеску больницы. Наркомздрав такие больницы сократил.

Дальше, товарищи, мы считали, что лучше иметь больше врачебных амбулаторий, чем насаждать фельдшерские пункты. У нас почти нет кадра подготовленных фельдшеров, могущих вести самостоятельную работу. У нас имеются медицинские работники, которые были взяты в царскую армию прямо от сохи и случайно брошены на медицину в качестве ротных фельдшеров. Таким работникам нам сейчас приходится с болью в сердце доверять охрану здоровья нашего крестьянства. Поэтому Наркомздрав считал, что надо сократить некоторое количество фельдшерских пунктов и вместо них прибавить врачебные, создавая, таким образом, лучшие условия крестьянству в получении лечебной помощи.

Оздоровление быта трудящихся—главнейшая задача Наркомздрава. Одной из сторон этого быта является охрана материнства и младенчества, на которую было обращено особое внимание. Количество полевых детских яслей значительно увеличилось. Мы будем иметь в текущем лете свыше 40 яслей в деревне. Конечно, это небольшая сравнительно цифра, но для нашего бедного бюджета она является безусловно достижением. Кроме того мы развили сеть детских консультаций в окружных городах, которые также обслуживают и крестьянство.

Необходимо также отметить успехи в борьбе с социальными болезнями. Почти в каждом окружном городе в текущем году мы

построили диспансеры—боевые штабы против туберкулеза и сифилиса. Задача диспансеров изучать болезнь и лечить ее путем непосредственного проникновения в самую гущу рабочего и крестьянского быта, чтобы подрезать врага—болезнь в самом корне, откуда она берет свое начало. Диспансеры, как показывают цифры, не только лечат рабочих, но также пользуют и крестьян. Неправильно думают те, которые считают, что строительство диспансеров в городах означает невнимание к здоровью крестьян. Мы должны были сначала заложить прочное основание для борьбы с социальными болезнями в городах, где больше имеется научных сил и средств, а уже потом двинуться в деревню, где каждый медицинский участок должен в дальнейшем превратиться в такого рода учреждение с диспансерными подходами в работе.

Дальше—вопрос о лечении душевно-больных требовал от Наркомздрава практического разрешения. Белоруссия крайне бедна психиатрическими койками, а спрос на них большой. Поэтому Наркомздрав ставит своей задачей дальнейшее расширение психиатрических больниц и увеличение количества психиатрических коек. Предполагается расширить Могилевскую больницу и тем самым разгрузить Минск.

Перейдя теперь к обзору наших недостатков после перечня наших некоторых достижений, мы должны помнить, что предстоит еще долгая хлопотливая будничная работа, которая будет плодотворной только тогда, когда вы, т. е. само крестьянство станете помогать Наркомздраву.

Обратимся к нашей сельской сети. Из 4.171 886 общего количества населения БССР на 3.810.330 сельского населения, включая сюда села, деревни и местечки и на 96.448 квадратных верст имеется всего 170 врачебных участков. Из них: 78 больничных с 1.368 койками и 124 фельдшерских пунктов. Таким образом, средняя площадь участка составляет 570 кв. верст, а на один участок приходится 22.415 человек. Одна общая койка обслуживает—2.800 человек, а одна заразная—15.000 человек. Радиус участка примерно равен от 14 до 20 верст. Эти средние цифры в действительности имеют большие колебания и дают лишь в слабой степени представление о недостаточности лечебной сети в деревне Например в Калининском округе, в Костюковичском районе без преувеличения можно сказать, что на 50.000 населения имеется фактически только один врач. Ясно, что такое незначительное количество сети и медперсонала не дает возможности говорить о самой элементарной, о самой простейшей медицинской помощи крестьянству. Даже если добавить к наличию теперешней сети 1.068 коек, расположенных в окружных городах и предназначенных к обслуживанию крестьянства, то полученная цифра 2.436 коек составит 20% нужного для деревни количества. На основании практики прошлого опыта и текущих потребностей, для нормального обслуживания сельского населения лечебно-санитарная сеть должна удовлетворять следующим условиям: площадь медицинского участка—310 кв верст, население 8—10 тысяч человек, радиус 10 верст, коек 3,3 на тысячу населения, из которых общих необходимо иметь 2, заразных—0,8 и родильных—0,5. Исходя из этих расчетов, нормальная сеть в Белоруссии должна была бы иметь 350 участков и 12.673 койки. Положение еще осложняется тем, что сеть расположена крайне неравномерно и в некоторых районных центрах нет совершенно больниц.

Приведенные выше примерные исчисления также нуждаются еще в дальнейших поправках, так как профилактическая, предупредительная сущность советской медицины требует еще более глубокого проникновения врача в гущу крестьянства. Мы ставим в основу нашей работы не только лечебную помощь, не только прописывание лекар-

ства, не только амбулаторный прием, но и участие врача в быте крестьянина, в изучении этого быта и путем этого изучения, устранение тех антисанитарных навыков, которые еще имеются в крестьянстве. Проведение диспансеризации, т. е. приближения лечебно-санитарной помощи к крестьянской массе, безусловно вызовет в будущем дальнейшее уменьшение радиуса участка и организацию последнего при каждом сельском совете. Но, товарищи, это еще слишом далекое будущее, о котором сейчас даже трудно и мечтать; во всяком случае, это будет являться той перспективой, к которой станет стремиться наше здравоохранение и к которой оно будет приноравливать план своей работы.

Задача сельского врача, а там, где его нет, акушерки и фельдшера, как оздоровителя крестьянского быта, участника совместно с крестьянином в коммунальном строительстве бань, колодцев и жилищ—может быть выполнена, если мед. работник сможет передвигаться по району, и не быть прикрепленным из-за отсутствия перевозочных средств только лишь к своей амбулатории. Ведь это крайне тяжелое явление, когда врач, не имея никакого транспорта, должен пешком итти чуть ли не 20 верст. Усталый после приема, доходящего до ста человек особенно в базарные дни, не имея достаточного штата, когда врачу приходится даже самому убирать после больных - этому врачу надо отправляться на обследование пешком и проводить, таким образом, оздоровление крестьянского быта. Подобное положение вещей будет только насмешкой, если мы не дадим перевозочных средств. Без перевозочных средств вся наша профилактика и оздоровление быта—будет пустой болтовней, пустой фразеологией. Я был крайне удовлетворен, когда один из крестьян в своей речи по докладу тов. Адамовича подчеркнул необходимость транспорта для наших медицинских работников деревни.

Перехожу к оценке наших штатов на участке. Они крайне малы и не соответствуют новому уклону в области проведения мероприятий, предупреждающих болезни. Из всех врачебных участков лишь 34 имеют по 2 врача, только 28 врачебных амбулаторий имеют в штатах по 4 человека. Из 124 фельдшерских пунктов—105 с одной штатной единицей, без акушерок. Мы же говорим, что надо иметь при каждом фельдшерском пункте обязательно акушерку, иначе у нас не будет первичной ячейки по охране материнства и младенчества, крестьянка не сможет получить совета во время беременности и при родах.

Тот состав медицинских работников, который находится в деревне, требует переподготовки, известного освежения и усовершенствования своих знаний. Ведь врач, заброшенный в глухой угол нашей Белоруссии, должен пополнять свои знания, так или иначе совершенствоваться в них. Медицина—наука, которая с каждым днем, с каждым месяцем и годом все больше ширится и развивается. В настоящее время разрешаются огромнейшие задачи в области научной медицины и врач должен не отставать, он должен постоянно учиться и совершенствоваться. Если такой врач засядет в медвежьем углу и из этого медвежьего угла ничего не будет видеть, то, конечно, он не сможет в дальнейшем угнаться за наукой, не сможет дать крестьянину хорошей медицинской помощи. Эта помощь не будет соответствовать новейшим научным достижениям и крестьяне окажутся правыми, когда станут говорить: там в городе врачи у вас хорошие, они получают достаточное медицинское образование, а здесь в деревне они такого усовершенствования не имеют, они не могут подучиться, не могут угнаться за новейшими успехами научной медицины.

Поэтому необходимо предоставить возможность сельским врачам, проработавшим на участке 3 года, получить научные командировки не менее чем на 2 месяца, преимущественно в Белорусский Государственный Университет и, в крайнем случае, в другие научные центры.

Также остро стоит вопрос и о переподготовке фельдшерского персонала, о приспособлении ротных фельдшеров для текущих медицинских потребностей. Нам нужны работники для диспансеров, яслей, учреждений охраны материнства и младенчества, необходимы дезинфектора и т. д. Одним словом, если в данное время нельзя еще будет всех фельдшеров пропустить через медицинский факультет, то, во всяком случае, в дальнейшем надо прекратить рост фельдшеризма и обратить все внимание на подготовку подсобного среднего медперсонала по отдельным специальностям.—Врачебные участки пустуют не только от того, что нет достаточного штата, но и там, где и положено по штату иметь врача, такового не находится. Наблюдается поголовное бегство медицинского персонала из деревни, Что за причина этого печального явления—Врач бежит из деревни не только потому, что там нет соответствующей больничной обстановки, но и вследствие того тяжелого материального положения, в котором он там находится. Заработная плата крайне ничтожная. Правда, им жалование теперь несколько прибавили, до 45 рублей. Врачи получали раньше 33 рубля в месяц, в то время, когда у нас в Минске на Химико-Фармацевтическом заводе рабочий, приготовляющий компрессную бумагу, зарабатывает 34 рубля в месяц. Таким образом врач, получивший высшее образование, врач, на которого возлагается тяжелая ответственность по охране народного здоровья, который по статистическим данным имеет лишь в среднем 30 лет продуктивной работы, а затем становится инвалидом, бесусловно требует к себе большего внимания. Низкая заработная плата толкает врача на частную практику, что с советской общественной точки зрения не только не может поощряться, но и порицается. Одним словом, на почве тяжелого материального положения не только у врачей, но у всего медперсонала назревают нездоровые уклоны, которые порочат врачебное звание, лишают его авторитета, не дают возможности медицинским работникам бороться с деревенской темнотой, суеверием и знахарством. На самом деле, чем отличается врач от любого знахаря, когда приходится смотреть в руку и искать на стороне себе пропитание. Мы должны всегда помнить о медработнике и с дальнейшим развитием нашего экономического благосостояния обеспечить его существование.

Качественная постановка лечебной помощи требует значительного улучшения. Позвольте, товарищи, это иллюстрировать одним примером, который приводил врач на нашем, бывшем недавно в Минске, с'езде участковых медработников. Здесь идет речь относительно той обстановки, в которой врачу приходится делать хирургические операции. Врач, оперируя больного крестьянина, не имеет под рукой таких средств, как стерилизатор, т е. такого аппарата, который делает инструменты и перевязочный материал, необходимый для производства операции, вполне безопасными и чистыми. Всякая операция, даже простой разрез могут быть опасными моментами в жизни человека. Если вы сделаете простой разрез без достаточных предосторожностей, может получиться заражение, вы можете убить человека Между тем врачу в деревне приходится вне всякой больничной обстановки, без всякого стерилизатора, прямо кипятить чуть ли не в лохани перевязочный материал, бинты, марлю, вату и т. д. и этот мокрый материал прикладывать к ране. Врач говорил, что он всякий раз с ужасом думал о том, не будет ли через день—два заражение крови. Товарищи,

мы должны этому положить предел. Мы должны эти „командные высоты“—больничную обстановку закрепить качественно; лучше вовсе не строить новых врачебных пунктов, чем иметь такое положение вещей, при котором врач дрожал бы после каждой операции, боясь повышения температуры и заражения крови.

Необходимо также отметить в некоторых местах почти полное отсутствие специальных видов лечебной помощи. Крестьяне и крестьянки не могут на месте получить специального лечения. Глазные, кожно-половые болезни, туберкулез (чахотка) очень часто не лечатся. Мы имеем целый ряд глазных болезней, главным образом, трахому, которой в значительной степени заражено наше крестьянство. Даже здесь из присутствующих делегатов я имел уже десятки обращений по глазным болезням. Что же говорить о деревне, зачастую заброшенной в лесах и болотах, где крестьяне и крестьянки буквально слепнут от трахомы—этой рабской болезни, доставшейся нам от царизма, который на нее мало обращал внимания. У нас слишком мало средств на медицинских участках для лечения этой болезни. Приходится больному давать лишь капли, но не оказывать соответствующего лечебного пособия из-за отсутствия глазного инструментария.

Дальше—женские болезни. Ведь некоторые думают, что в деревне, на открытом воздухе, при ясном солнце, крестьянки не болеют, что этим преимуществом обладают лишь городские женщины Ничего подобного нет. Крестьянки в деревне, в силу своей тяжелой физической работы, поставлены в крайне неблагоприятные условия жизни. И в результате того, что крестьянки не получают соответствующего лечения, здоровье их калечится, они становятся инвалидами. Женские болезни требуют преимущественно хирургического вмешательства. Тут нужна операция, надо ножем резать, а не только давать лекарство. А мы не имеем возможности этого делать, потому что у нас в районных больницах нет женских гинекологических коек. Акушерская помощь недостаточна. Крестьянка рожает чуть ли не в поле, она жнет и тут же рожает, а когда нет поблизости акушерки, приходится звать на помощь бабу-повитуху, знахарку, которая делает с ней всякие манипуляции или калечит на всю жизнь, или в худшем случае загоняет в гроб.

В результате все это, как я уже вначале говорил, приводит к тому, что крестьянка преждевременно становится инвалидом, никуда и ни на что неспособной. И, конечно, где же ей думать в таких условиях об общественной работе. Здесь мы должны итти дружным фронтом с женотделом, ибо только тогда женщина-крестьянка будет втянута в общественную работу, когда она получит акушерскую помощь, родильную койку в районной больнице, и летом в страдное время—сможет отдать своего ребенка в полевые детские ясли.

Дальнейшее строительство медико-санитарной сети в деревне должно предусмотреть организацию перечисленных выше специальных видов лечебной помощи, обратив особое внимание на увеличение родильных и заразных коек и на лучшее дооборудование хирургических коек.

Перехожу к лекарственной помощи. У многих из вас имеется отсталое понятие о лекарстве. Многие из вас думают, что лекарство является тем волшебным средством, которое предотвратит и уничтожит в корне всякую болезнь. Это, безусловно, неправильно. Мы от такого представления должны отказаться, и наша советская медицина, рожденная великим порывом октябрьской революции, говорит, что не в медикаментах и в лекарствах, не в порошках, не в каплях есть спасение, а только лишь в оздоровлении быта. Надо строить хорошие жилища, бани, надо приучить себя мыть руки

перед едой, тогда мы не будем иметь болезней. Но это не значит, что вовсе не нужно иметь запаса тех ходких медикаментов, перевязочных средств, которые иногда так же необходимы человеку, как вода. И вот здесь должны констатировать, что отпуск этих средств для крестьянина крайне ничтожен; часто приходят жалобы, что нет хинина против болотной лихорадки-малярии, нет иода, касторки, нет неосальварсана для впрыскиваний против сифилиса. На те 5—6 копеек, которые получает на рецепт по бюджету районная больница, врач не сможет приобрести достаточного количества медикаментов для медицинского участка. Наркомздрав в текущем году несколько усилил лекарственное снабжение районных больниц и участков и открыл в районах показательные аптеки, которые торгуют по себестоимости без всякой коммерческой прибыли. Наркомздрав смотрит на аптечное дело, как на часть здравоохранения. Мы не можем рассматривать аптечное дело как коммерческую организацию, которая занимается торговлей и ради торговли. Лекарственная помощь это часть одного целого—нашей единой советской медицины—подспорье лечебно-санитарной организации.

Бедность медицинского участка дезинфекционным установками и простейшими санитарно-бактериологическими лабораториями не позволяет принимать необходимые меры по обеззараживанию сельской местности и деревенского поселка.

Общий санитарный надзор, в силу недостаточности штатов, не может быть осуществлен в достаточной степени. Вопросы крестьянского быта, постройка жилищ, планировка деревень проходят мимо сельского врача. Между тем, одной из главных причин распространения целого ряда социальных болезней в деревне являются: плохие жилищные условия крестьянства, плохое содержание колодцев и других источников водоснабжения.

Наблюдение над мясом, питьевой водой, продуктами питания ускользают от медицинского работника в деревне. Между тем вода, свинина очень часто бывают заражены глистами. Переходя на человека, глисты ослабляют организм, делают его доступным всяким заболеваниям и предрасполагают к заражению туберкулезом—чахоткой.—Нам необходимо снабдить участки дезинфекционными средствами, при помощи которых можно было бы очищать крестьянскую избу от заразы, когда вспыхивает сыпной тиф или какая-либо другая опасная болезнь, передающаяся друг другу. Исследование качества воды надо делать не только своим носом, по запаху, но и иметь возможность лабораторным путем точно определять, есть ли в воде яички глистов, а в мокроте у исследуемого больного микробы туберкулеза—одним словом, врач должен быть вооружен, чтобы находить те зловредные организмы, которые живут и распространяют среди нас всякие болезни. Необходимо, чтобы сельский медперсонал регулировал и наблюдал бы за исполнением санитарных правил при постройке жилищ и сооружений общественного пользования. Теперешний медицинский участок, при наличии имеющихся в нем средств бессилен проявить свою активность.

Теперь коснусь вопросов охраны материнства и младенчества и здоровья детей—этого величайшего достижения советской медицины. Если в старое время охрана материнства не имела общественного характера, а скорее приобретала благотворительное значение, то у нас сейчас на эту отрасль работы, в которой так кровно заинтересованы широкие рабоче-крестьянские массы,—здравоохранение обращает сугубо серьезное внимание. Организация учреждений по охране материнства дает возможность крестьянке приобщиться к общественной работе, разгружает ее от домашнего очага, защищает женщину в тя-

желые месяцы беременности и создает благоприятные условия, когда женщина собирается родить, и самые роды делает менее опасными для жизни. Детские консультации учат крестьянку, как надо ухаживать за ребенком, как надо его питать, а в страдное летнее время полевые ясли позволяют матери не беспокоиться за своих детей, так как уход за ними в яслях будет вполне обеспечен. Необходимо снабдить медицинские участки акушерками, развить строительство полевых яслей, а в районном центре надо создавать детские консультации.

Меня несколько удивил подход одного крестьянина, который вчера по докладу правительства заметил, что нужно бороться с перенаселением путем сокращения деторождений. Это совершенно неправильный, нездоровый, мелко-буржуазный уклон. Был такой ученый Мальтус, который развивал своеобразную мысль, что рабочие слишком много размножаются, что лучше задержать это увеличение, ибо скоро не хватит места на земле, и в результате будет создаваться большая опасность государству. Если буржуазное правительство боится перенаселения, так как при этом создается так называемая армия безработных, которые потом будут бороться против буржуазных порядков, то рабоче-крестьянской власти бояться не приходится. Мы должны помнить, что с каждым рождаемым ребенком рождается и новый боец великой социальной революции. Поэтому наше сочувствие не должно быть направлено в сторону прекращения деторождения. Напротив, наша задача—помогать женщине иметь детей, а не развивать широкой агитации —делай аборты, принимай предохранительные меры против беременности. Мы говорим, что аборты у нас не наказуются, что у нас они не караются смертной казнью, как в западно-европейских странах, но мы отдаем себе ясный отчет в том, что аборт величайшее социальное зло, временное явление, уступка переходному моменту. Когда наша экономика несколько улучшится, наше хозяйство укрепится, мы, конечно, товарищи, абортов не будем иметь, и женщина не станет стремиться к убийству своего зародыша.

Достаточное количество отпускаемых денежных средств, в конечном счете, есть основа для нормального существования сельской медицины. Для того, чтобы наше здравоохранение могло окрепнуть, нам необходимы следующие условия: а) увеличить долю участия здравоохранения в расходной части общереспубликанского бюджета государственного и местного; б) большее количество сметы Наркомздрава надо перебросить непосредственно в районы—на усиление сельской сети и в) освободить окружные бюджеты от дорого стоющих показательных учреждений, путем перевода их на государственный бюджет.

Итак, подитоживая, я должен сказать, что главнейшими задачами, на основе которых должна строиться советская медицина в деревне, являются: оздоровление крестьянского быта и крестьянской молодежи, участие врача в коммунальном строительстве, охрана материнства и младенчества.

Народный Комиссариат Здравоохранения Б. С. С. Р. вынужден план строительства растянуть на ряд лет, число которых будет зависеть от роста наших экономических возможностей и от того, как скоро дело здравоохранения нагонит прочие отрасли советского хозяйства, от которых оно отстало. В первые два бюджетные года 1925—26 и 1926—27 необходимо укрепить качественно существующую сельскую сеть, пересмотреть ее состав и прибавить количественно лишь в тех местах, где ощущается особенно крайняя нужда во врачебной помощи. Главное же внимание надо обратить на удовлетворение учреждений полными штатами, ремонт помещений и на достаточное снабжение хозяйственными и медицинскими средствами. При окружных больницах



должно быть организовано для крестьян некоторое количество туберкулезных, кожно-половых и трахоматозных (глазных) коек. Родильная помощь должна быть обеспечена при районных больницах. Также необходимо предусмотреть больничное лечение заразных больных, хроников и душевно-больных. Желательно иметь хотя бы по одному зубному кабинету на район. Следующие пять лет должны быть направлены на строительство новой сельской сети, доводя последнюю до нормального числа, дабы она могла удовлетворить растущие потребности крестьянства. План строительства сельской медицины должен быть так составлен, чтобы было предусмотрено правильное взаимоотношение между районным центром—больницей и сельской низовой ячейкой—медицинским участком. В то самое время, когда в районном административном центре должна концентрироваться коечная лечебная помощь по всем специальностям, медицинский участок—врачебная амбулатория—должен быть профилактической ячейкой, сельским диспансером и оказывать лишь первую помощь.—Единая конечная цель стоит перед сельским медицинским участком—оздоровление условий жизни и труда крестьянского населения. Основными путями, по которым должна вестись работа медицинского участка—являются: медико-санитарное изучение района, внесение через физкультуру в крестьянский быт здоровых санитарных навыков, охрана здоровья матери и ребенка и борьба с социальными болезнями. Могучим фактором освобождения крестьянина от вековых суеверий и предрассудков является санитарное просвещение, которое сельский врач обязан проводить путем лекций, бесед, литературы, плакатов и т. д. Избы-читальни, школы в этом отношении должны помочь сельскому медицинскому персоналу.

Задачи советской медицины в деревне будут скорее достигнуты, если во всей работе органов здравоохранения примет живое участие само крестьянство в лице своих общественных организаций. Медицинский участок в своей работе должен опираться на сельский совет и Комитет Крестьянской Взаимопомощи. Необходимо привлечь к строительству здравоохранения партийные и профессиональные организации. Мне, товарищи, вспоминаются слова тов. Ленина в ноябре 1917 года, когда я с ним беседовал о будущем нашем центре здравоохранения. Тов. Ленин не возражал против идеи об'единения здравоохранения в одном центре, но боялся, чтобы в результате этой концентрации не получилось бы окостенения в аппарате управления медико-санитарным делом и ненужного бюрократизма. Для того, чтобы этого не было, говорил тов. Ленин, необходимо предварительно подготовить общественное мнение рабочих и крестьян и постепенно их втянуть в строительство здравоохранения. Широкое участие рабочих и крестьян, нормальная работа Санитарных Советов при Рик'ах, Санитарных Троек при Сельсоветах, помощь школы и избы-читальни есть то необходимое условие, без которого никакие планы, как бы хорошо они ни были составлены, к цели не приведут, ибо дело советского здравоохранения—есть дело самих трудящихся.

Да живет и развивается наша сельская медицина и оздоровляет белорусское крестьянство!

Быт и санитарное состояние крестьянства Белоруссии

Д-р В. Казанская.

Вопрос изучения быта и санитарного состояния населения является одной из основных баз профилактической работы. Если в дореволюционное время профилактике уделялось более теоретическое, чем практическое внимание, то в условиях советской действительности профилактика должна занимать первенствующее место не только в санитарной, но и в лечебной деятельности. Отсюда еще более усугубляется важность изучения быта и санитарного состояния населения, той канвы, на которой должны строиться все виды его оздоровления.

Материал, который мы сейчас представляем, должен быть рассматриваем, как предварительной выборочный из 135 анкет, проведенных по всем округам Белоруссии. Обследовательская работа по округам продолжается, и окончательный суммарный вывод Профилактическим Отделом может быть сделан лишь по длительному детальному изучению вопроса.

Вышеуказанный анкетный материал охватывает, главным образом, две стороны жизни белорусского крестьянства—экономическую связанную с условиями питания и санитарную—жилища и гигиенические навыки населения. Изучение почвы, топографических особенностей местности мы не могли включить в обследовательские анкеты по вплоне понятным причинам—отсутствия подготовленного персонала определенной квалификации, выполнявшего анкеты.

Большинство из обследованных нами селений расположены на холмистой местности (31 д.), 22% на гористой, 27% находится на низменности и равнине, 23 селения (17%) застроены на болоте и 14 расположены в лесу.

Таким образом 44% селений поставлены в отношении атмосферных осадков в неблагоприятные условия. Если же мы примем во внимание, что 43 селения окружены болотами (31%) и 70 (50%), имеют до 3-х водоемов в пределах своей территории (пруд, реки и озера), то наличие чрезмерной влаги почвы становится на лицо. Из 135 селений всего лишь 29 не имеют естественного водоема и пользуются водой колодцев. В отношении надела пахотной земли и покоса обследованные нами селения распределяются следующим образом:

От 1/4 д. - 2-х	—11%	Без покоса—	6%
„ 2 — 4 . .	—34%	До 2-х десят.—	62%
„ 4 — 6 . .	—21%	От 2— 4	—32%
„ 6 — 10 . .	—21%	„ 4— 6	— 4%
„ 10 — 15 . .	—13%	„ 6—10	—1,5%
„ 15 — 25 . .	—07%	« 10—15	— 1%

Если проследить прилагаемую таблицу распределения душ на семью по хозяйствам и сопоставить таковую с наделом пахотной земли,

то мы увидим, что в среднем на душу населения приходится 0,5 десятин пахотной земли.

Таблица распределения душ на семью.

6	семейств	имеют	до	2-х	членов	семьи.
11	„	„	„	3	„	„
17	„	„	„	4	„	„
21	„	„	„	5	„	„
10	„	„	„	6	„	„
16	„	„	„	7	„	„
22	„	„	„	8	„	„
9	„	„	„	9	„	„
3	„	„	„	10	„	„
2	„	„	„	11	„	„
3	„	„	„	12	„	„
1	„	„	„	13	„	„

Распределение неудоби по хозяйствам.

До 2-х	3,2%
От 2-х— 4 д.	46%
„ 4 — 6	19%
„ 6 - 10	10%
„ 10 —15	2,8%
„ 15 —25	3%
Не имеют	16%

На основании приведенной таблицы следует, что из 135 селений 2-4 д. надел является наиболее распространенным, в БССР при покосе до 2-х десятин и наличии неудоби в количестве тоже 2-х десятин.

20% крестьян не имеют совсем огорода, в остальных хозяйствах площадь огорода не перевышает 3-х десятин и в процентном отношении распределяется таким образом:

1/20 дес.	8%	хозяев.
1/16 „	10%	„
1/8 „	23%	„
1/4 „	30%	„
1/2 „	18%	„
1 „	9%	„
3 „	2%	„

Таким образом 600 саженей огорода можно считать типовым для обследованной нами группы крестьянского населения. 41 хозяин (30% пользуются фруктовым садом, площадь которого составляет 1/8—1/2 дес. и лишь 1 хозяин имеет сад в 2 десятины.

60% крестьян имеют выгон для скота до 1½ дес., 40% такового не имеют совсем, это обстоятельство необходимо учесть при оценке бюджета крестьянского хозяйства.

Переходя далее к распределению населения по полу, возрасту, грамотности, работоспособности мы видим, что в 135 селениях всего жителей 856 чел, из них женского пола 385 и мужск. 471, 150 детей дошкольного возраста, 147 школьников, из коих обучается только 100. Грамотных жителей—367 и работоспособных - 425. Таким образом 36% населения падает на детский возраст и 15% на старческий, т. е.

50% населения является не работоспособным. 33% детей школьного возраста не обучается и 57% взрослого населения неграмотно.

По форме землепользования 3-х полка превалирует составляя 83%, свыше 3-х полей обработка идет в 9% хозяйств и многополие лишь в 1,5%.

Земля удобряется исключительно навозом, количество которого удовлетворительно в 4,5% хозяйствах; недостаточно навоза в остальных хозяйствах, что можно видеть из приводимой ниже таблицы.

Колич. хозяйств.	%% удобр. земли навозом.
1	70
1	60
9	50
3	40
4	35
17	30
24	20-25
2	12-15
70	ниже 15%

Отсюда ясно, что в 70% земля крестьянская обрабатывается при минимальном удобрении (1/4 лишь часть его)

Травосеянием занимается лишь 2% крестьянства.

В смысле обеспечения населения скотом, в абсолютных цифрах на 135 хозяйств приходится: 183 лош., 256 коров, 8 тел., 3 вола, 305 овец, 248 свиней и 684 птицы. В процентном отношении скот распределяется среди населения в следующих цифрах:

Безлошадных	6,6%	Без коров	3%
С 1 лошадью	65%	С 1 коров	33%
С 2 „	25,5%	С 2 „	48%
Свыше 2-х	2,2%	Свыше 2-х	16,2%

Причем из 16% хозяев, имеющих свыше 2-х коров, 8% имеют 4 коровы 6%—5 коров и 2% по 7 коров.

Имеющих 1 овцу	10,3%	Свиней 1	10,4%
„ 2 „	21%	Двух	29%
Свыше 2-х	37,7%	Свыше двух	23%
От 8—12 овец	4%	От 5—9 св.	4%

Хозяев, не имеющих домашних птиц	10,3%
Имеющих 2 куры	10,3%
„ 5 кур	48,8%
И свыше 5 кур	31%

На основании приводимых нами цифровых данных анкет следует, что средний тип крестьянского хозяйства характеризуется со стороны удовлетворения хозяйственным скотом наличием—1 лошади, 1-2 коровами, 2 овцами, 1—2 свиньями и 5 домашними птицами. Сравнивая крестьянское хозяйство в 23—24 году, следует отметить за последние годы выращивание молодняка (прирост лошадей), а также значительно больший рост в деле развода свиней.

Если мы обратимся к хозяйственным постройкам деревни, то таковые имеют самую пеструю картину. В каждом хозяйстве, в смысле хронологического порядка возведения, постройки зависят не только

от хозяйственной необходимости, но и, главным образом, от наличия количества лесного материала, частью от экономической жизни крестьянства, топографии местности и быта населения,

Все хозяйства в этом отношении можно разбить на 29 групп, которые обнимают следующие роды построек:

1) Баня
Гумно
Пуня
Ток
Колодец
2) Пуня
Баня
Колодец
3) Пуня
Ток
Баня
4) Пуня
Ток
Баня
Колодец
5) Гумно
Пуня
Ток
Баня
6) Гумно
Пуня
Ток
Колодец
7) Гумно
Пуня
Баня
Колодец
8) Гумно
Баня
Колодец
9) Гумно
Пуня
Колодец
10) Гумно
Ток
Баня
11) Ток
Баня
Колодец
12) Гумно
Пуня
Баня
13) Гумно
Пуня
Ток
14) Пуня
Ток
Колодец
15) Гумно
Пуня
16) Пуня
Ток
17) Пуня
Колодец
18) Гумно
Колодец
19) Гумно
Ток
20) Ток
Колодец
21 Баня
Колодец
22) Гумно
Баня
23) Гумно
24) Колодец
25) Ток
26) Пуня
27) Баня
28) Без постройки—19 хозяев
29) Имеющие, обшие постройки - 8 хозяев.

В абсолютных цифрах количество дворов по группам указанных построек располагается следующим образом:

1 группа	— 7 дворов.	16 группа	— 4 двора.
2 „	— 3 „	17 „	— 5 „
3 „	— 5 „	18 „	—10 „
4 „	— 3 „	19 „	— 6 „
5 „	— 6 „	20 „	— 3 „
6 „	— 3 „	21 „	— 1 „
7 „	— 5 „	22 „	— 1 „
8 „	— 1 „	23 „	—12 „
9 „	— 5 „	24 „	— 2 „
10 „	— 1 „	25 „	— 5 „
11 „	— 1 „	26 „	— 6 „
12 „	— 1 „	27 „	— 2 „
13 „	—10 „	28 „	—19 „
14 „	— 1 „	29 „	— 8 „
15 „	— 7 „		

Таким образом из 135 хозяев, 75% имеют в хозяйственных постройках гумно, 65% пуню-сенницу, 50% ток, 49% обеспечены колодцами и 35% банями и 14% крестьян начинает лишь застраиваться. Если проследить по округам хозяйственные постройки, то оказывается, что ко-

личество бань более всего приходится по округам—Полоцкому, Оршанскому, Могилевскому и Слуцкому. По имеющимся данным постройка бань в Слуцке (а равным образом и уборных), относится к периоду империалистической войны, когда Слуцкий округ был оккупирован немцами и последними бани насаждались насильственным образом. Согласно абсолютным цифрам дворовых построек надо полагать, что 3 надворн. постр. являются типовыми постройками крестьянского белорусского хозяйства, из этих трех построек пуня и гумно служат основным, что же касается третьей, то ток и колодозь занимают одинаковое место.

Большинство построек крестьянского хозяйства, включая и хаты, находятся в ветхом состоянии и нуждаются в ремонте, в процентном отношении пригодность построек распределяется следующим образом:

Новых — 25%
Треб. рем. — 69%
Негодных — 6%

Изба крестьянская в 68% ординарная, крытая соломой (80%), и лишь 44 хозяйства имеют вторую хату, (30%) с деревянной крышей.

Анализируя дальше жилища с санитарной точки зрения—кубатуру и квадратуру на одного жителя, а также и отношение площади пола к площади света мы должны все хозяйства для оценки разбить также по группам. Семейств, живущих на площади пола от 1 сажени до трех (на одно лицо) 62 или 81%, при чем из них площади в 1 саж. приходится на 34 хозяйства. От 3-х саженей и выше—15 семей или 10% и 14 семейств (9%) имеют на каждого члена семьи площадь ниже одной сажени.

Кубатура 20 хозяйств (26%) имеет ниже 1 куб. саж. на человека, 30—до 2-х саженей (39%) 20—до 3-х саж., (26%) и только 9%, можно считать, дышат относительно чистым воздухом. В действительности эти цифры еще больше понижаются, если мы вычтем из хаты печь, которая в крестьянской избе занимает большое пространство.

Еще в более тяжелом положении находится вопрос освещения крестьянской избы. Приняв за норму отношение площади пола к площади света за 1:12 мы имеем в 30% освещение, удовлетворяющее санитарно-гигиеническим требованиям, в 45% ниже нормы (1:18), 15%, плохое (1:26) и в 8% абсолютно непригодное (1:40).

Резюмируя данные по характеристике санитарного состояния крестьянской избы, мы должны сказать, что обычный тип ее 2 кв. саж. пола на человека, кубатура ниже двух (и ниже среднего освещения). Другими словами—ни простота движения, обездоливание воздухом и прикрытый свет солнца—вот обстановка, окружающая жилищные условия белорусского крестьянина в течение половины его жизни, которую он проводит зимою в помещении.

Параллельно с жилищным вопросом следует отметить, что ни одно из обследуемых семейств не имеет форточек в окнах, другие способы вентиляции не практикуются. Что касается уборных, то 3% хозяев имеют специально выстроенные для этих целей помещения, в 50% отведены постоянные места (хлев, навес, сарай) и в 45% жители сел пользуются для отправления естественных надобностей местом где попало.

Обращаясь далее к пищевому рациону белорусского крестьянина мы для большей иллюстрации приводим полностью обследование ежедневного рациона по всем 135 хозяйствам:

Ежедневный пищевой рацион.

Хлеб в фунт.	Крупа.	Мяса в фун.	Молоко в стакан.	Колич. яиц в месяц.	Картоф. в фунт.
1 ф.	—	3 ф.	1 ст.	1/12	3
1	—	1/2	2	1/12	3
4	1/3 ф.	1	3	—	7
3/4	10 зол.	1/18	—	—	1/4
2/3	21 зол.	1/8	1 1/3	1/6	1 1/3
3/4	27 зол.	1/8	—	2	1/3
1	23 зол.	—	1/3	—	1/12
1 1/3	1/2 ф.	1/4	—	1	3
1 1/4	1/2 ф.	1/8	1	1	1
1/2	15 зол.	1/10	1/2	—	2
1/8	23 зол.	1/10	1/2	1	1 1/2
2	3/4 ф.	1/4	2/3	1	4
2	3/4 ф.	1/5	2	—	5
1/4	4 зол.	1/30	—	2	1
1/3	13 зол.	1/30	—	—	1/2
1/3	23 зол.	1/8	1 1/2	1	1
3/4	26 зол.	1/6	—	—	1/6
4/5	—	1/60	—	—	—
1 1/3	2/3 ф.	1/10	1	1	8
1	1/21 ф.	—	1/2	—	4
1 1/8	20 зол.	1/6	1	1/6	4
1 1/3	1/4 ф.	1/2	4	3	5
1/8	1 1/4 ф.	1/4	1 1/3	—	3
1/3	3/4 ф.	1/8	1/5	1	—
1/2	1/2 ф.	—	6	1 1/2	8
1/4	1/15 ф.	1/24	—	—	4/5
1 1/3	4 зол.	1/27	20	3	1/2
3/4	1/2 ф.	1/12	4	—	3
1/2	1/4 ф.	1/40	1/5	—	6
4	1 1/4 ф.	1/6	1 1/2	1 1/2	6
1/15	2 зол.	—	1	—	—
1/2	8 зол.	1/40	2/3	—	1 1/3

Хлеб в фун.	Крупа.	Мясо в фун.	Молоко в стакан.	Колич. яиц в месяц.	Картоф. в фунт.
1/2	16 зол.	1/24	1/2	2	7
—	6 зол.	1/40	2/3	3	1/2
2 1/2	10 зол.	1/40	—	—	10
1/2	—	—	2/3	1	1 1/3
1 1/2	8 зол.	1/96	1/6	1	1 1/4
2	16 зол.	1/4	4	4	—
1 1/2	1/2 ф.	1/8	2	3	4
3/4	17 зол.	1/8	1	2	1 1/3
1/2	8 зол.	1/12	1/2	1	3/4
1/2	18 зол.	1/27	2	1	—
2/3	20 зол.	1/12	1	1 1/2	3
2/3	21 зол.	1/18	1/4	1/2	2 1/4
5/6	1 ф.	1/18	—	15	4
1	1/2 ф.	—	1/6	—	1/2
1 1/3	26 зол.	—	—	—	3
1	4 зол.	1/7	2 1/2	—	4
2	35 зол.	1/5	1 1/2	—	-
5/6	10 зол.	1/15	1/10	1/12	1/3
1/4	2 зол.	1/20	—	—	1/2
1 1/20	1/2 ф.	1/15	2/3	1	3
1	3/4 ф.	1/24	1/2	1/2	2
1/6	7 зол.	1/36	1/3	—	3/4
1/15	20 зол.	1/7	1/2	—	1
1/2	18 зол.	1/10	5	1 1/2	4
4 1/2	26 зол.	—	1 1/3	3	1 1/16
6	1 1/4 ф.	1/6	1	—	7
2/3	—	—	1	1/12	1/2
1 1/3	3 1/2 ф.	—	3/4	—	1 1/4
1/3	20 зол.	—	3	4	1 1/3
1/8	23 зол.	1/8	1 1/2	1	1
1	1/2 ф.	1/6	2	—	—
1/2	14 зол.	1/14	1/2	1	2 1/2

Хлеб в фун.	Крупа.	Мясо в фун.	Молоко в стакан.	Колич. яиц в месяц.	Картоф. в фунт.
1 1/3	9 зол.	—	1/2	1	1 1/2
3	10 зол.	1/30	3	—	1 1/2
3/4	1/2 ф.	1/3	1/2	2	8
3/4	9 зол.	1/5	1/2	1/2	2
7	1/10 ф.	1/10	2	20	5
2/3	1/5 ф.	1/20	1	—	1
2	1/3 ф.	—	2/3	3	3
1/16	1/2 ф.	—	2/3	—	1/2
5	3/4 ф.	1	3	—	16
1/2	1/4 ф.	1/4	2	3/5	2
5	1/2 ф.	1/8	2	2	4
11/3	1 2/3 ф.	1/2	1	4	12
5	1 ф.	1	3/4	4	33
1/5	1 ф.	1/20	2	1/2	6
2/3	1/5 ф.	1/15	1/2	1/2	1 1/4
2/3	1/9 ф.	—	1 1/2	15	7
3	3/4 ф.	1/18	3	3	6
9	1 1/3 ф.	1/3	2	3	3
1	1/10 ф.	1/6	1/6	—	2 1/2
1 1/2	5 зол.	1/18	3/4	1 1/2	1
7	1/3 ф.	1/12	1	1 1/2	7
5/6	5 зол.	1/8	1/6	1	—
5	1/2 ф.	1/3	2/3	5	10
4	1 ф.	1/4	3	1	7
1/2	24 зол.	1/10	1	1	1/2
3	1/2 ф.	1/4	2	4	8
2	30 зол.	1/2	3	2	1
1 1/4	—	1/36	2	1	11/2
1/2	16 зол.	1/24	1/2	1	—
1 1/2	10 зол.	1/5	1 1/2	3	4
2	—	1/3	3	1	10
6	1/2 ф.	1/2	5	1 1/2	15

Хлеб в фун.	Крупа.	Мясо в фун.	Молоко в стакан.	Колич. яиц в месяц.	Картоф. в фунт.
2/3	1/3 ф.	1/45	—	2	—
3	1/2 ф.	—	7	3	8
3/7	10 зол.	1/8	3	1	3
1 1/3	24 зол.	1/8	2	1	10
1/2	3 зол.	—	3	10	9
4	3/4 ф.	1/3	—	2	4
1 2/3	28 зол.	--	1 1/2	—	1 1/3
7	1/3 ф.	1/6	1	1	3
1	8 зол.	—	2	—	3
5	14 зол.	1/8	1 1/3	—	—
2/3	4/3 ф.	1/8	2/3	—	—
1	1/5 ф.	1/12	6	1 1/2	1/6
1/2	1/15 ф.	1/30	1 1/2	1/2	3
1/2	14 зол.	1/10	2/3	1/4	1
2/3	1/2 ф.	1/6	1½	—	1/3
2/3	1/4 ф.	2/7	2	1/7	1 1/4
1/4	1/8 ф.	1/16	1/2	1/2	1 1/4

Переводя суточное довольствие крестьянина на калорийность, мы получаем следующую картину:

До 1600 к. получает в день 39 хозяев или 41%, из коих 12% имеют калорий ниже 1600.

От 2000 до 3000 к. 28 хозяев или 30%, от 3000 до 4000 11 хозяев или 11%, свыше 4000—18 хозяев или 19%.

Потребное количество в калориях для крестьянина можно разбить на два периода—зимний и летний (в зависимости от нагрузки работы).

При чем во время летней страдной поры интенсивную работу крестьянина мы можем приравнять к работе дровосеков, требующей 4000 к., зимою же работа его должна расцениваться по средней физической затрате сил, требующей для своего пополнения 2400 к. Таким образом мы получаем, что 40% крестьянства недоедает до нормы 6 месяцев в году, и полгода эта недостаточная норма понижается еще больше. 30% крестьянства 6 месяцев питается нормально и 6 месяцев недоедает и 30% крестьянства питается хорошо.

Рассматривая ежедневный крестьянский рацион, мы видим, что увеличение калорий идет главным образом за счет углеводов (хлеб, картофель), вещества же, содержащие главным образом белок (мясо, яйца, молоко) в обиходе крестьянина занимают крайне ограниченное место. Самый способ приготовления пищи, употребление веществ, имеющих вкусовое значение, весьма беден. Имеющееся мясо не распределяется с учетом употреблять ежедневно, а расходуется полностью в торжест-

венные и праздничные дни, молоко редко использовывается в виде сметаны к столу, а обычно пополам с водой идет в суп (крупеня) чем конечно ослабляется его питательное значение. Значение яиц в крестьянстве обесценивается, крестьянин обычно на них смотрит как на небольшой заработок женщин в их хозяйстве. — Обычное меню крестьянского стола: квашеная капуста, поливка (вода, мука и рассол огуречный, капустный или бурачный), супы—крупяные и картофельные, блины, картофель печеный или тушеный, затирка, (вода и мука ячменная или пшеничная) и колотуха (гороховая мука с водой).

В смысле оценки количества употребления молочных продуктов следует сказать несколько о достаточности корма скоту, это ясно говорит о неполном его питании, отражающемся, конечно, и на производстве продукта.

Хозяев, не имеющих совсем своего корма		2—½%.
Хозяев, которым не хватает	1/4 корма	3,6%.
„ „ „	3/4 „	8%.
„ „ „	2/3 „	15%.
„ „ „	1/3 „	16%.
„ „ „	½ „	23%.
Хозяев, которым хватает корма		18%.
Хозяев, имеющих доход с корма		12,9%.

Таким образом 54% крестьянства не обеспечивают свой скот кормом.

Наконец, последний вопрос—медицинская помощь, заболеваемость, обращаемость и смертность населения обследуемых сел. Из 135 семейств за 1924 год—108 (80%) не пользовались коечной помощью больниц, 18 по одному члену своей семьи лечили в местной больнице—8 по 2 челов., 3 по 3 челов. и в одном семействе перехворали в больнице все члены его семьи в количестве 10 человек.

Амбулаторной помощью не пользовалось 40 семейств, в 67 семействах посещали амбулаторию от 2-х до 4-х членов семьи и в 28 семействах члены семьи посещали амбулаторию от 5 до 9 челов.

Выезды на дом: врача на дому не вызывали только 15 семейств, остальные семейства пользовались врачем на дому от 3-х до 25 раз. Во всех указанных семьях из эпидемических заболеваний наблюдалось за 1924 год: 27 случаев скарлатины, 11 оспы, 5 дифтерии, 28 брюшняка, 132 сыпного, 8 возвратного, 29 кори и 12 дезинтерии. Таким образом в среднем 40% населения нуждались в медицинской помощи и на каждые 100 заболевших человек 28 захварывали инфекционными заболеваниями. Смертность, выражающаяся в 18% в данной группе населения, падала на следующие возрастные группы: до 2-х лет 63 чел.; 3—7=29; с 7—15=12; с 15 до 25=10; с 25—40=11; 40—60 =10, от 60 и выше 23 человека, т. е. смертность, главным образом, наблюдалась в грудном и старческом возрасте.

Подходя к выводам нашего обзора, мы должны сказать, что, если санитарная работа городов БССР в прошлом шла только по линии сан. надзора, не оказывая никакого влияния на переустройство быта населения в санитарном отношении и слишком ничтожно и слабо прививая санитарные навыки, то деревни вопросы санитарного характера не коснулись в прошлом почти ни в чем. За 5 лет советского строительства, созданием санитарной организации в прошлом году НКЗ заложен лишь фундамент к дальнейшей работе в области профилактики, выявлены и немечены основные пути дальнейшей деятельности, как в городе, так и в деревне. Вся же колоссальная работа впереди. Чтобы изжить вековое калечение своего здоровья, исходящее из санитарной безграмотности и покоящееся на рабстве, нужно в настоящий

момент вовлечение широких слоев крестьянства в работу здравоохранения. В данном случае организация сантроек и райсансоветов на селе безусловно окажет громадную пользу в переустройстве жизни селянина. Обследованный нами материал является теми вехами, которые указывают правильный путь и подход к оздоровлению деревни. Выработка типовой крестьянской избы, исходящей из санитарно-гигиенических требований и не превосходящей экономическую возможность данного времени, расположение и устройство дворовых построек, должно быть одной из первоочередных задач санитарной организации. Использование рационально продуктов питания крестьянином, способ приготовления пищи, распределение питания в семье, растущему детскому организму, и в зависимости от нагрузки работы в соответствующий период года, должны быть одной из главных тем сан. просвет. работы на селе. Борьба с эпидемиями в деревне дожна быть поставлена, как текуще-повседневная работа в лечебных учреждениях, а не вызывать реакции только в тех случаях, когда инфекция охватит целую группу населения. Заразные койки в участковых больницах не должны рассматриваться, как роскошь, до который мы не дошли, а занять место, отведенное им по праву советской медициной

Наконец, ряд вопросов, тесно связующих работу Наркомздрава с работой Наркомзема, как отвод места под постройку, планировка сел и деревень, зеленые насаждения в деревне для мест общественного пользования, все это должно быть согласовано с двумя указанными выше Наркоматами.

Весь этот ряд профилактических мероприятий для своего проведения в жизнь требует естественно в бюджетах РИК'ов отвода места для соответственной материальной базы. Одним пламенным желанием баня не выстроится, колодец не вырубится. И в настоящий момент, когда РИК'и имеют самостоятельный бюджет, этот момент должен быть учтен, ибо правильный путь при начале строительства, экономически выгоднее траты средств в дальнейшем на исправление ошибок, об этом нам напоминает каждый день опыт прошлого.

Рациональное построение медико-санитарной сети в Белоруссии.

(Доклад на Всебелорусском Совещании Зав. Окрздравов и участковых врачей 5/XII с. г.).

Д-р С. Р. Дихтяр.

Медико-санитарная сеть должна, очевидно, удовлетворять основному требованию: представлять возможность рациональной борьбы с заболеваемостью населения, следовательно она должна быть построена по следующим принципам:

1) Количественно она должна быть достаточна для охвата всего болеющего и нуждающегося в медицинском вмешательстве населения;

2) качественно она должна быть так устроена, чтобы и оказывать высоко квалифицированную и дифференцированную помощь, и вести всю работу в направлении оздоровления внешней среды всего населения и больных (условий труда и быта);

3) по характеру своему она должна соответствовать типу заболеваемости в той или иной местности.

Мы здесь не намерены подробно останавливаться на обосновании этих положений, поскольку они нами принимаются за основу советской медицины, как таковой, и так как задача наша заключается в намечании практической схемы применения их в конкретной обстановке Белоруссии, уже имеющей определенную медико-санитарную организацию. Вопрос, на котором следует несколько подробнее остановиться, заключается в методе выработки схемы. Обыкновенно прибегают к, так называемым, количественным нормам, выработанным на основании земской практики, широко используемым и современными строителями советской медицины; по нормам исчисляют потребности и из сравнения их с фактическим положением выводят производственный план. Этот метод страдает тем недостатком, что к голой схематичности его присоединяется совершенное игнорирование реальных возможностей постепенного расширения сети и естественной динамики ее деятельности. Вот почему мы считаем наиболее правильным при рациональном построении схемы исходить именно из анализа существующей сейчас сети и ее работы и из темпа и масштаба возможного ее развития. При этом, особого внимания требует к себе вопрос, насколько существующая сеть охватила уже болеющее население и насколько она используется.

Такого метода мы и будем придерживаться при дальнейшем изложении нашего плана в соответствии с тремя основными принципами построения сети, изложенными в начале.

I. Анализ существующей сети и ее деятельности.

(См. таблицы).

Прежде чем приступить к самому толкованию статистических сведений, необходимо указать, что они далеко не точны, и во многих

случаях, вероятно, в будущем придется вносить те или иные поправки. Однако, вынужденные пользоваться данными, которые мы имеем, мы думаем, что общие выводы из них несомненно правильны. В дальнейшем изложении будем придерживаться табличного материала и по порядку его освещать.

Таблицы 1, 2, 3 и 4 особых об'яснений не требуют. Нужно лишь иметь в виду,—и это следует учесть по отношению ко всем таблицам,—что данные по сети относятся к 1-му июня каждого года, а по 1926 г. указаны цифры по сметным предположениям, как эти цифры приведены в производственном плане Бюджетной Комиссии.

Рост сети очевиден, особенно в сельских местностях. Очевидно также уменьшение фельдшерских пунктов по всем округам кроме Краснинского, Могилевского и Полоцкого, где наблюдается обратное явление и даже—в частности, сокращение врачебных пунктов. Если это не ошибка предварительных расчетов, то это можно об'яснить исключительно скудостью средств и сети в указанных округах. Как особенно положительный факт надо отметить предполагаемый рост коек по всем округам, кроме Минского и по всем городам, кроме Орши. Думается, что эти два исключения кажущиеся и зависят от неточных данных за прошлый год.

Улучшение сети особенно рельефно по таблице коэффициентов. Приведены только основные из них, так как остальные мы считаем не характерными и ненадежными, например, число жителей на медпунктах вообще (врачебные с фельдшерскими): нельзя, как будет видно из дальнейшего, под общий учет подводить учреждения совершенно различные и по об'ему и по характеру работы. Так или иначе, по нашим коэффициентам мы видим дальнейшее приближение врачебной,—амбулаторной и коечной—помощи к населению. Конечно, еще далеко до так называемой нормы медицинского обслуживания: средняя площадь участка по Белоруссии больше нормы (10-ти верстного радиуса) в 1,5 раза; число жителей на один участок больше нормы в 2—2,5 раза, число жителей на 1 койку в сельских местностях больше нормального в 9 слишком раз (норма 8—10.000 жителей на 1 участок и 300 жителей на 1 койку).

Нужно отметить, что в отдельных округах некоторые коэффициенты близки к норме, например, средняя площадь участка в Витебском и Оршанском округах.

По таблице IV, между прочим, мы можем сделать выводы о росте нашей сети по сравнению с довоенными годами. Самое основное в этих выводах—сокращение коечной помощи по сравнению с 1910 годом, правда, при увеличении числа участков.

В городах число жителей на 1 койку превосходит норму в 1,5—2 раза считая, что в городах на 1.000 жителей должно быть до 10 коек по разным специальностям. Таким образом, уже из приведенных данных выясняется основная задача дальнейшего строительства здравоохранения, причем особенно выделяется первоочередная необходимость увеличения коечного фонда в сельских местностях и в городах: Бобруйске, Орше, Полоцке, Борисове. Нужно принять во внимание, что для Минска, Витебска и Могилева в число коек включены и психиатрические, что ухудшает положение этих городов в отношении коечной помощи. В дальнейшем нам еще придется вернуться к этому вопросу.

Таблица V дает представление о состоянии стационарной помощи в городах по специальностям; для сельских местностей, понятно, нельзя провести такого разделения. Не останавливаясь больше на общей количественной оценке, сравним считающееся рациональным (по Гандиной) распределение коек по специальностям с фактически существую-

щим в 1925 году. Если исключить заразные и „прочие“ койки, то сравнение даст следующие результаты:

	По Гандиной.	Фактическое распределение (1925 год).
Терапевтических	45%	23%
Хирургических	20 „	28 „
Глазных	2,5 „	9 „
Кожно-венерических	6 „	11 „
Детских	5 „	8 „
Родильн. и гинекологич. . . .	15 „	17 „

Становится совершенно ясным правильное распределение коек, которое об'ясняется необходимостью развертывать койки по тем специальностям, в которых ощущается наиболее острая нужда. Ближайший год не внесет сколько нибудь заметных изменений в существующее положение, которое может быть исправлено опять таки только увеличением общего числа коек.

При анализе данных по таблицам VI и VII об амбулаторной деятельности, мы прежде всего констатируем громадный рост обращаемости в наши врачебные учреждения и падение фельдшерской деятельности. За первое полугодие 1925 года всюду наблюдается число обращений, равное не менее чем 60% годовых чисел за 1924 год, а число фельдшерских приемов за полугодие 1925 года равно 39% годового приема за 1924 г. Далее, в 1924 г. число фельдшерских приемов составило 22,7% по отношению к врачебным, а в 1925 году всего 8,3%. В отношении фельдшерской деятельности исключение составляют Минский и Калининский округа.

Весьма интересно сопоставление роста обращаемости в городах и округах, общего числа посещений и первичных среди застрахованных и всех граждан.

%-ное отношение обращений за 1-е полугодие 1925 г. к обращению за 1924 год.

	За весь 1924 г.	Среди всех граждан. Общих обращ.	Среди всех граждан. Первичн. обращен.	Среди застрахованных. Общих обращ.	Среди застрахованных. Первичн обращен.
По городам	100	60,6%	62,9%	70,2%	60,0%
По округам	100	107,3 „	86,3 „	84,0 „	70,0 „

Первый вывод: в сельских местностях рост обращаемости идет гораздо быстрее, чем в городах, как среди застрахованных, так и среди прочих граждан.

Второй вывод: обращаемость среди застрахованных в городах и округах и прочих граждан в сельских местностях растет больше за счет повторных, чем первичных посещений.

Третий вывод: в городах среди всех граждан наблюдается преобладание роста первичных посещений над ростом повторных, повидимому, в виду пользования помощью в городских учреждениях крестьян, приезжающих издалека, в большинстве случаев однократно.

Таким образом, несомненно, что авторитет и популярность лечебных учреждений окончательно установлен среди широких масс насе-

ления. В отдельных округах, конечно, все эти факты имеют различное количественное проявление, и задача заключается в подтягивании отстающих округов.

Коэффициенты обращаемости (таблица VIII) дают совершенно отчетливое представление о сравнительной обеспеченности амбулаторной помощью и о пользовании ею застрахованных и прочих граждан: застрахованные дают в 10 слишком раз больше первичных посещений, чем все граждане вообще. По той же таблице мы судим, что в Полоцком, Слуцком, Могилевском и Борисовском округах следует обратить внимание на поднятие деятельности лечебных учреждений или увеличение сети В отношении амбулаторного обслуживания застрахованных значительно отстали города: Калининск, Орша и Слуцк и сельские местности в Калининском и Минском округах.

IX таблица приведена для сравнения состояния и роста степени обслуживания общего населения и застрахованных. Повидимому, повторная обращаемость растет среди всех групп населения во всех округах и городах. Это—благоприятный признак, доказывающий повышение квалификации самой помощи. Среди застрахованных повторная обращаемость выше, чем среди прочего населения. Исключения, о которых можно заключить по таблиц., кажутся нам несоответствующими действительности и зависят от дефектов в статистике.

По таблице X, прежде всего, укажем на нагрузку коек. Эта нагрузка заметно выросла как в городах, так и в округах, причем по всем городам наблюдается перегрузка за исключением Борисова, из за ремонта больницы, Могилеве и Слуцке, вероятнее всего, из за дефектности сведений. Особенно значительная перегрузка отмечается по Витебску, Калининску, Орше. По некоторым округам все еще приходится констатировать неполное использование коек (в Бобруйске на 74%, в Полоцке на 70%, в Слуцке на 59% и, особенно, в Минске на 50%). Если данные, по которым выведены эти сведения верны, то явление это, конечно, ни в коем случае нельзя об'яснить излишком количества коек, а недостатком в состоянии их и в дефектах организации самого обслуживания.

Во всяком случае, вывод о недостатке числа коек, сделанный нами выше, остается в силе, но следует прибавить еще о необходимости обратить самое серьезное внимание на поднятие стационарной деятельности в округах, особенно в перечисленных нами.

Та же таблица дает указания на то, что рост госпитализации идет быстрее в сельских местностях чем в городах, но, повидимому, среди застрахованных темп роста медленнее, чем для других граждан, как это видно из нижеприведенной таблицы.

%-ное отношение коечной деятельности за 1-е полугодие 1925 года к деятельности за весь 1924 г.

	За весь 1924 г.	Среди всех граждан.		Среди застрахованных.	
		Прошедш. больных.	Койко-дней.	Прошедш. больных.	Койко-дней.
Город	100%	88%	66,2%	75%	70%
Округ	100%	100 „	86 „	85 „	71 „

Эти данные свидетельствуют еще о том, что рост проведенных койко-дней отстает от роста числа больных. Это значит, что средняя пребываемость больного уменьшается, что доказывается и другими таблицами. Таким образом, расширение стационарной помощи еще раз подтверждается: заболевший, повидимому, имеет возможность скорее попасть на койку и требует меньшего времени для восстановления трудоспособности. Косвенное доказательство выдвигаемого нами положения мы усматриваем в том, что в 1924 году, например, застрахованные дают меньшую среднюю пребываемость на койке, чем вообще все граждане. Мы склонны это истолковать в том смысле, что крестьяне, попадающие на городскую койку, обычно страдают запущенной болезнью и требуют большего времени для излечения, чем застрахованные, имеющие возможность шире и своевременнее пользоваться медицинской помощью.

Из данных о числе госпитализированных на 1.000 первичных посещений следует сделать тот же вывод, что застрахованные дают меньшее число, чем прочие, потому что их заболевания реже доводятся до необходимости госпитализации. Однако, при сравнении общей обеспеченности застрахованных и прочих стационарной помощью становится ясным, насколько первые лучше обслуживаются чем вторые (таблица XV): в городах в 11½ раз больше, а в сельских местностях больше чем в 2 раза. Конечно, по разным округам это положение резко колеблется, но в общем в городах число госпитализированных больных по отношению к первичным посещениям близко к нормальному (7% и выше), а во всех сельских местностях оно значительно ниже нормы.

Таблица XVI о числе родовспоможений свидетельствует о катастрофическом положении акушерской помощи в сельских местностях. На 1.000 населения ежегодно ожидается около 40 рождений или 20 за пол-года. Таким образом, сельские местности во всех округах находятся в одинаково тяжелом положении (7,5% родов проходит при медпомощи), а в городах, хотя в них гораздо шире поставлена родовспомогательная деятельность, ясна необходимость еще большего увеличения акушерских учреждений. Мозырь представляет собою особо благополучное исключение, если данные по этому городу верны.

Положение помощи на дому в разных городах крайне пестро. Во всяком случае, оно в сельских местностях хуже, чем в городах, а из последних в особенно тяжелом положении находятся Калининск, Могилев, Мозырь, Полоцк, Борисов. Впрочем, что касается помощи на дому в сельских местностях, то там часто большое число посещений на дому служит признаком не вполне благополучного положения общей постановки медпомощи: чем лучше поставлено дело в участковом учреждении, тем менее охотно крестьянство приглашает к себе на дом медперсонал.

Деятельность лечебных учреждений при ДОПР'ах очевидно слабо развита, и предстоит задача ее развития. Особенное внимание обращает на себя необходимость организации стационарной помощи в большинстве округов. Амбулаторное обслуживание заключенных, хотя и выше, чем обще-гражданского населения, кроме Слуцка и Калининска, но необходимо учесть специфические условия обслуживания в ДОПР'ах, которые, конечно, требуют совсем иного подхода при организации их обслуживания. Кстати, необходимо подчеркнуть что медобслуживание это должно больше основываться на санитарных мероприятиях.

По поводу таблицы XIX здесь подробно данных анализировать не приходится, поскольку тяжелое положение психпомощи очевидно. Здесь только подчеркнем уменьшение средней пребываемости псих-

больных в больницах и то, что имеющееся число коек удовлетворяют наши потребности меньше чем на 1/4.

Таблицы XX—XXI нами приведены для того, чтобы указать на весьма серьезную проблему, стоящую перед органами здравоохранения в отношении укомплектования сельских местностей медперсоналом, особенно акушерками, врачами и зубврачами.

II. План организации первичной помощи.

Уже при анализе сети выявился ряд основных нужд, требующих своего удовлетворения, однако, для более точного определения наших задач по отношению каждого округа, воспользуемся приведенными данными для выводов о более конкретном плане.

Начнем прежде всего с амбулаторной помощи, т. е. с того первичного медицинского обслуживания, которое должно и не может не быть абсолютно общедоступным по самой своей сути. Охвачено ли все болеющее население сельскими амбулаториями? Таков первый вопрос, на который приходится дать отрицательный ответ. Мы видели, в самом деле, что на 1000 жителей за половину 1925 года проходило через амбулатории в среднем 271 больной или около 550 по расчету на год. Это составляет менее 60% той обращаемости, которую можно считать исчерпывающей для сельских местностей (в городах исчерпывающая обращаемость исчисляется в несколько тычяч). Конечно, такой вывод эмпиричен и основан не на учете заболеваемости, как это было бы единственно правильно, но важно здесь подчеркнуть, что следует ожидать дальнейшего роста обращаемости. В связи с этим возникает второй вопрос, насколько существующая сеть достаточна для такой работы.

Как известно, обращаемость населения находится в обратной зависимости от отдаленности его от медпункта. Имеются, непример, данные, что жители, живущие дальше 15 верст от амбулатории, дают ничтожную обращаемость. Таким образом, с точки зрения исчерпания обращаемости больных, следовало бы приблизить, увеличить сеть или что тоже—уменьшить площадь участка. По отдельным округам это уменьшение площади будет колебаться в зависимости от плотности населения, от состояния путей сообщения, но в среднем, если считать нормальным радиус обслуживания в 10 верст, т. е. площадь около 314 квадратных верст, то необходимое увеличение числа участков выразится в таком исчислении:

В Бобруйском	округе	в 1,4 раза
„ Борисовском	„	„ 2,4 „
„ Калининском	„	„ 2 „
„ Минском	„	„ 1,3 „
„ Могилевском	„	„ 1,8 „
„ Мозырском	„	„ 3 „
„ Оршанском	„	„ 1,2 „
„ Полоцком	„	„ 1,8 „
„ Слуцком	„	„ 1,4 „
По всей Белоруссии		„ 1,6 раз.

Такое увеличение числа участков требуется, повторяем, ради приближения медпомощи к крестьянству в целях правильного территориального распределения сети. Но достаточность ныне существующей сети должна измеряться фактической обращаемостью. Результаты этого измерения таковы: Если считать норму врачебной работы в 12.000 амбулаторных приемов в год (стационарная деятельность переводится также на амбулаторную работу), то наличная сеть могла бы пропустить за пол-года (1925):

В Бобруйском	округе	174.000	посещ.	или на	14.000	больше фактическ.
„ Борисовском	„	78.000	„	„	22.000	меньше „
„ Витебском	„	180.000	„	„	6.000	„
„ Калининском	„	84 000	„	„	78.000	„
„ Минском	„	120.000	„	„	7.000	„
„ Могилевском	„	96.000	„	„	42.000	„
„ Мозырском	„	84.000	„	„	15.000	„
„ Оршанском	„	126.000	„	„	34.000	„
„ Полоцком	„	66.000	„	„	26.000	„
„ Слуцком	„	102.000	„	„	18.000	больше.

Иначе говоря, судя по этим данным, для правильной работы уже при настоящей обращаемости необходимо увеличить число врачебных приемов во всех округах (кроме Бобруйска и Слуцка) путем ли увеличения штатов, или открытием новых пунктов.

В Борисовском округе необходимо увелич. на 4 врач. приема или на 31% больше существвующего числа.

„ Витебском	„	„	„	1	„	„	„	3%
„ Калининском	„	„	„	13	„	„	„	95%
„ Минском	„	„	„	1	„	„	„	5%
„ Могилевском	„	„	„	7	„	„	„	44%
„ Мозырском	„	„	„	3	„	„	„	21%
„ Оршанском	„	„	„	6	„	„	„	29%
„ Полоцком	„	„	„	4	„	„	„	36%

Чтобы закончить вычисление необходимого дальнейшего увеличения числа врачебных приемов, приведем расчеты для коечной помощи, опять таки исходя из фактической работы, причем правильное обслуживание одного койко-дня мы приравниваем к одному амбулаторному приему. По Бобруйскому округу за половину 1925 года было всего проведено 23.528 койко-дней, т. е. для их обслуживания требуется 4 врача, а если снять недогрузку 14 000 амбулаторных приемов, то всего 2.

В Борисовском	округе	было	14.073	койко-дня, т. е.	треб.	еще	2 врача
„ Витебском	„	„	30.737	„	„	„	5 „
„ Калининском	„	„	26.849	„	„	„	4 „
„ Минском	„	„	24.145	„	„	„	4 „
„ Могилевском	„	„	24·655	„	„	„	4 „
„ Мозырском	„	„	18.546	„	„	„	3 „
„ Оршанском	„	„	25.514	„	„	„	4 „
„ Полоцком	„	„	9.750	„	„	„	2 „
„ Слуцком	„	„	10.689	„		„	дополнитель-

ных врачей не требуется, ввиду недогрузки по амбулаторному приему.

Все эти коррективы необходимо внести для того, чтобы сделать нормальной работу сельской сети при существующем уже сейчас об‘еме работы. Что касается городов, то размеры необходимого увеличения коек видны из таблицы X, где указана перегрузка стационарных лечебных заведений, а расчет нужного количества врачей мы будем вести по тому же принципу, об‘единяя амбулаторные посещения и проведенные койко-дни, причем для городов в силу большей дифференциации работы следует принять за норму 9.000 врачебных вриемов в год. В таком случае у нас должны получиться следующие данные: по Бобруйскому округу за половину 1925 года было 113.818 врачебных приемов или на 25 врачей.

По Борисовскому	окр.	было	72.407	врачей прием.	или на	16	врачей.
„ Витебскому	„	„	335.704	„	„ „	75	„
„ Калининскому	„	„	51.260	„	„ „	11	„

По Минскому	окр. было	352.739	врачей прием. или на	80 врачей.
„ Могилевскому	„ „	190.774	„ „ „	42 „
„ Мозырскому	„ „	53.928	„ „ „	12 „
„ Оршанскому	„ „	76.405	„ „ „	17 „
„ Полоцкому	„ „	60 289	„ „ „	13 „
„ Слуцкому	„ „	48.702	„ „ „	11 „

К этим вычислениям необходимо прибавить еще расчеты помощи на дому. Если считать, что врач при нормальном обслуживании может сделать до 300 посещений на дому в м-ц или 1 800 за пол-года, то потребность во врачах помощи на дому по городам выразится в таких часлах: (См. таблицу XVII).

В Бобруйске	5 врач.	В Могилеве	3 врача
„ Борисове	3 „	„ Мозыре	1 „
„ Витебске	20 „	„ Орше	3 „
„ Калининске	1 „	„ Полоцке	2 „
„ Минске	44 „	„ Слуцке	2 „

К сожалению, мы не имеем возможности привести расчеты нужного числа врачей для помощи на дому и прочей участковой работы в сельских местностях, так как у нас нет ясного и точного учета этой работы. Поэтому, хотя вся эта деятельность в сельских местностях в настояще время поглощает очень много сил и времени, однако мы считаем себя вправе здесь не приводить и ориентировочных данных, так как, надо полагать, при удовлетворительной и правильной постановке дела в учреждениях и правильном построении сети эта работа будет без особого труда выполнена.

Все приведенные расчеты мы сводим в следующей табличке:

Нужное число врачей.

Бобруйск	город	30
	округ	31
Борисов	город	19
	округ	19
Витебск	город	95
	округ	36
Калининск	город	12
	округ	31
Минск	город	124
	округ	25
Могилев	город	45
	округ	27
Мозырь	город	13
	округ	20
Орша	город	20
	округ	31
Полоцк	город	15
	округ	17
Слуцк	город	13
	округ	16
По Белоруссии	города	386
	округа	253

По сравнению с наличным количеством принимающих врачей имеем недостаток по сельским местностям в 68 приемов, а по горо-

дам—излишек в 80 приемов. Однако, последний несомненно кажущийся, т. к. нами ведь не приняты в расчет врачи администраторы, санитарные врачи, школьно-санитарные врачи, специалисты, потребность в которых по Белоруссии, конечно, превышает это число.

Не вдаваясь в большие подробности, так как наша цель, как уже указывалось, главным образом, методологическая, мы можем сейчас дать определенный ответ по тем вопросам, которые нами поставлены в начале этой главы.

Выяснилось, что существующая сеть во всех округах перегружена в большей или меньшей степени, выяснилось, что во всех округах требуется увеличение сети для удовлетворительного обслуживания в пределах фиктического об'ема работы; наконец, выяснились приблизительные размеры необходимого увеличения сети как для нормальной работы при существующей обращаемости, так и для исчерпывающей обращаемости.

Разумеется, с организационной точки зрения выгоднее всякое расширение деятельности учреждений производить за счет открытия новых пунктов, так как этим разрешаются обе задачи: и разгружается нынешняя сеть, и производится дальнейшее приближение помощи к населению. Но в местах, где обращаемость исчерпана или по крайней мере близка к этому, где население более или менее полно охвачено сетью там, конечно, следует усиливать, улучшать, расширять уже имеющиеся учреждения. Выбор места для организации нового учреждения (речь идет преимущественно о сельских местностях) надо производить очень осторожно, учитывая все топографические и другие местные условия, пути сообщения, расстояние от населенных пунктов, экономическое состояние населения, особенно лошадность, занятия, наиболее распространенные промыслы жителей, распределение промышленных предприятий и т. д.

Так или иначе, не подлежат никакому сомнению те задачи, разрешение которых ставится в ближайший порядок дня. Достигнутое на 1925—1926 год увеличение штатов как будто целиком соответствует нашим потребностям по приведенным расчетам; предстоит, следовательно, по нашей схеме коррегировать сеть, стремиться фактически использовать представленные штаты, а затем дальнейшее строительство по указанным путям и методам.

Мы здесь совершенно не касались фельдшерских пунктов, как особого вида организации первичной помощи, так как считаем их пережитком и суррогатом, который надо скорее изжить и который в общем итоге существенного влияния на деятельность сети уже и теперь не оказывает (сравнить табл. VI).

III. Мероприятия в области поднятия квалификации медобслуживания.

До сих пор речь шла о первичной медицинской помощи, под которой мы понимали не только первую помощь, как таковую, но всю систему медицинской организации, ставящей себе целью охват и учет всего болеющего населения путем оказания основных видов лечебной помощи. Значение такой организации помимо непосредственной пользы, которую она приносит больным, главным образом заключается в исчерпывающем изучении заболеваемости, на основании которого должны следовать соответствующие общие лечебно-профилактические мероприятия. Очевидно, что организация первичной помощи только тогда может иметь такое значение, когда она основывается на точном учете всей своей работы, на санитарно-статистическом изучении своего материала. Поэтому, введение карточной системы реги-

страции есть обязательная составная часть организации первичной помощи, причем та часть, которая обычно не совпадает с самым началом развертывания деятельности всей организации. Мы видели, что в Белоруссии еще не закончен период охвата всего болеющего населения (еще нет исчерпывающей обращаемости) и мы выявили основные задачи, стоящие перед органами здравоохранення в области ускорения течения этого периода. Однако, совершенно ясно, что несмотря на далеко еще неудовлетворительный статистический учет заболеваемости, на оставление вне первичного медико-санитарного обслуживания значительной части населения, особенно крестьянства, уже сейчас нельзя говорить о рациональном построении медико-санитарной сети, если не предусматриваются потребности квалификации этой сети. Не закончив по существу строительства первичной помощи, мы вынуждены ставить перед собой и задачи специализации дифференциации и общей квалификации медико-санитарной организации.

Что мы должны понимать под квалифицированным медико-санитарным обслуживанием? Нам кажется, что наиболее правильное определение сущности такого обслуживания заключается в следующем-предупреждение потери трудоспособности и наискорейшее восстановление ее при наименьших затратах (материальных средств, трудовых дней больного и проч). Мы здесь не касаемся строго очерченных санитарно-технических задач органов здравоохранения—задач, которые при крайней отсталости нашей санитарной культуры, по нашему мнению, имеют сейчас громадное, самодовлеющее значение, и которые не должны заслоняться никакими мероприятиями так называемого обще-профилактического характера: эти последние совершенно немыслимы вне деятельности всей лечебно-профилактической организации, как эта организация не мыслится без них. Итак, мы перейдем к оценке тех средств, которые преследуют предупреждение потери трудоспособности и скорейшее восстановление ее при минимальных затратах.

Первое основное и необходимое—условие это нормальная госпитализация,—условие, не требующее особых доказательств. Излечение ряда заболеваний совершенно невозможно вне больницы, ряд других гораздо скорее и благоприятнее протекает при стационарном лечении; госпитализация есть наилучшее средство предупреждать распространение заразных болезней. Таким образом, достаточное количество коек переходит в качество медпомощи. При дальнейших расчетах мы будем исходить из фактической деятельности наших учреждений, как это мы делали и при исчислении первичной помощи и с точки зрения этой фактической деятельности будем оценивать наш коечный фонд.

Если исходить из установленной опытом нормы госпитализации равной 5% всех посещений в городах и 7-ми % первичных обращений в сельских местностях, то по городам Белоруссии за половину 1925 г. должно было быть госпитализировано 44.405 больных, а в сельских местностях 59 050. Будем считать среднюю продолжительность пребывания больного в 11,4 дня для городов и 8 дней для сельских местностей (ср. таблицы XII и XIII), следовательно, все подлежавшие госпитализации за половину 1925 года должны были провести в городах 506.217 койко-дней, а в сельских меетностях—472.400, иначе говоря, в Белоруссии должно быть не менее 2.812 коек в городах и 2,624 коек в сельских местностях против имеющихся по предположениям на 1926 год, 2445 коек в городах и 1538 в сельских местностях. Таким образом, для удовлетворения фактической потребности, совершенно не считая нужд так называемого „нормального“ обслуживания по Белоруссии не хватает 2.453 коек. Соответствующее расшире-

ние больничной сети и связанное с ним увеличение обслуживающего персонала является совершенно конкретной и практической задачей в области поднятия квалификации медицинского обслуживания. В отдельных округах эта задача количественно определяется так.

Название округа.		Число амбул. посещен.	Подлежало госпит. ли-зации.	Средняя пребыв. больн.	Нужное число коек.	Недостаток.	Излишек.
Бобруйск	город . . .	87.000	4 350	8	193	43	—
	округ . . .	113.400	7.930	8	353	158	—
Борисов	город . . .	62.000	3 100	8	138	43	—
	округ . . .	67.100	4.697	13	339	239	—
Витебск	город . . .	223.000	11.150	13	805	425	—
	округ . . .	110 100	7.707	9	385	240	—
Калининск	город . . .	36.600	1.830	9	92	17	—
	округ . . .	105.000	7.350	7	286	121	—
Минск	город . . .	183 300	9.165	12	611	—	64
	округ . . .	89.900	6.293	8	280	—	—
Могилев	город . . .	128.600	6.430	11,5	411	261	—
	округ . . .	82 800	5 796	7,5	242	87	—
Мозырь	город . . .	38.700	1.935	9	97	—	8
	округ . . .	68.300	4.781	7	186	28	—
Орша	город . . .	46.400	2.320	17	219	144	—
	округ . . .	103 300	7.231	8	328	153	—
Слуцк	город . . .	34.700	1.735	11	106	6	—
	округ . . .	50.500	3.535	9,5	137	32	—
Полоцк	город . . .	47 400	2.370	10	132	32	—
	округ . . .	53 100	3.717	9,5	196	91	—

По этой таблице по всем городам Белоруссии не хватает 899 коек, а по сельским местностям . Разница между полученными сейчас и приведенными ранее итогами об'ясняется округлением чисел при расчетах и, главным образом, тем, что при определении недостающего числа коек по отдельным городам и округам нами исключены психиатрические больницы (на 200 коек в Витебске, на 250 в Минске и на 320 в Могилеве).

Ввиду того, что в основу наших вычислений положена фактическая средняя пребываемость больного в 1925 году, необходимо здесь же сделать оговорку об изменчивости этой величины. Нам кажется, что с расширением числа коек уменьшается средняя пребываемость по причинам, высказанным уже нами при анализе сети (возможность ранней госпитализации не запущенных случаев). Приводимые ниже

3 статистических ряда как будто, в общем и целом, также подтверждают наше мнение.

	Нагрузка коек.	%-ное отношение потребн. числа коек к налич. в 1925 г.	Средняя пребываемость.
Орша	161 %	219%	17 дней
Витебск	208 „	268 .	13 „
Минск.	140 .	100 „	12 „
Могилев	218 „	257 „	11,5 „
Полоцк	120 „	220 „	10 „
Калининск	156 .	184 „	9 „
Мозырь	107 „	121 .	9 .
Борисов	72 „	172 „	8 „
Бобруйск	103 .	133 .	8 „
Слуцк	97 „	132 .	8 .

Мы видим, действительно, что в тех округах, где нужда в койках особенно велика (% нагрузки, % недостатка), именно в Оршанском, Могилевском и Витебском округах, и средняя пребываемость больного превышает таковую по всей Белоруссии. Наблюдающееся колебание отдельных округов по разным местам в рядах, кажущиеся исключения из этого положения не нарушают общего вывода и находятся в связи с некоторыми индивидуальными особенностями округов (состояние учреждений, специфическая заболеваемость, бывшие ремонты, например, по Борисовскому округу), или вероятно, также с неточностью статистических материалов. В частности, перегрузка Минских больниц и довольно большая средняя пребываемость в них, несмотря на отмеченное отсутствие недостатка в койках, легко могут быть об'яснены, во-первых, направлением в Минск больных из всех округов Белоруссии, причем эти больные в большинстве случаев не проходят через амбулаторную регистрацию и, во-вторых, быть может, недостаточным использованием больничной сети в сельских местностях Минского округа [1]). Это последнее обстоятельство—количество и использование коек в сельских местностях—имеет громадное влияние, как это само собой понятно, на вычисление нужного числа коек в окружных городах. Этими дополнительными замечаниями, мы полагаем, в основном исчерпывается метод определения нормальной госпитализации в количественном отношении [2]).

Квалифицированное медицинское обслуживание невозможно и без соответствующей специализации коечной помощи. К сожалению, насчет данных о распределении коек по отдельным специальностям мы гораздо беднее, чем в других отношениях. Имеются некоторые

[1]) Нужно еще допустить, что наши сведения об амбулаторной деятельности неполны, вследствие чего, естественно, расчеты могли дать преуменьшенный результат.

[2]) Следует еще раз подчеркнуть, что статистические данные, приведенные выше, претендуют не абсолютную точность и полное соответствие действительности. Однако методологически это не может иметь значения.

схемы распределения (ср. приведенные в анализе %-ные отношения по Гандиной, см. у Лукомского и др.), но все эти схемы чисто эмпирические и составлены на основании фактического распределения коек в более крупных центрах. Конечно, самый верный метод заключается в организации специальностей на основании изучения характера заболеваемости, но сейчас у нас такого изучения еще нет. Поэтому, рекомендуя примерные схемы названных авторов для ориентировки в строительстве стационарной помощи в городах, мы считаем более важным осветить здесь организационный вопрос связанный с специализацией коечной помощи в сельских местностях.

И в земское время, и сейчас после достижения большего или меньшего амбулаторного охвата болеющего населения, после популяризации медпомощи среди крестьянства и в связи с ростом культурности его—вопрос о приближении к деревне специальной помощи становится актуально практическим. Мы могли бы теоретически предлагать организацию больничных участков с дифферентированной помощью, как это осуществляется, например, в Московской губернии, как это предлагал в свое время Наркомздрав Украины (см. статью Гуревича в „Проф. Медицине“ за прошлый год „Вширь и вглубь“)— но мы не можем и не должны забывать об'ективные условия и реальные возможности в Белоруссии. Недостаток врачей для общей участковой работы, а тем более специалистов, ограниченность средств и необходимость, как мы это показали, проделать еще большую работу по организации первичной помощи—все это заставляет искать других способов рациональной организации специальной помощи. Нам думается, что на очень отдаленный период нецелесообразно строить предположения, так как условия жизни и социально-экономическая обстановка несомненно потребуют существенных, даже коренных, поправок, а на ближайший период (3—5 лет) центрами оказания специализированной квалифицированной помощи и для сельского населения останутся окружные горсда. Это необходимо твердо усвоить и ставить перед собой практическую задачу организации в окружных городах всех без исключения видов специальной помощи.

Здесь ограничимся лишь несколькими краткими методологическими замечаниями. Из всего числа коек необходимого для нормальной госпитализации (см. выше), следует вычесть количество тех коек, которые следует оставить на периферии: это, в первую очередь, родильные и заразные. Заразный барак, обязательно с венерическим отделением, и родильное отделение—необходимая принадлежность каждого участка. Число нужных родильных коек точнее всего и проще всего вычислить по рождаемости: три четверти всех родов должны быть госпитализированы. Кроме этого, неотложная хирургия должна быть максимально приближена к периферии, во всяком случае, никак не далее районной больницы. Более специальные виды помощи, как указывалось, должны быть сосредоточены в окружном городе, но могут быть, разумеется, организованы также в некоторых районных больницах, которые в этом случае будут играть роль междурайонных. Организация таких межрайонных учреждений в некоторых случаях уже и сейчас необходима, особенно там, где условия топографии, расстояния пути сообщения, бедность населения, некультурность его крайне затрудняют связь районов с окружным городом.

Третьим непременным условием квалифицированной медицинской помощи является удовлетворительное внутреннее состояние учреждения. Достаточное количество белья, оборудования, соответствующее число и качество персонала, достаточное питание, соответствующий инструментарий, аппаратура, правильное снабжение и правильная

постановка ухода за больными и учет результатов пребывания в лечебном заведении—вот основные требования, которые мы пред'являем всякому учреждению, имеющему своей целью действительно квалифицированную помощь. В этом отношении конкретные задачи очевидны: необходимо добиваться дальнейшего увеличения сметных ассигнований на указанные расходы, необходимо заботиться о подготовке, привлечении и переподготовке необходимого медперсонала.

Четвертым и последним необходимым составным элементом квалифицированной медпомощи является диспансеризация ее. Следует именно особенно подчеркнуть, что квалифицированное медобслуживание в нашем понимании—а оно единственно правильно и социально выдержанно - невозможно без диспансеризации и что последняя немыслима без наличия первых элементов: нормальной госпитализации, специализации и хорошей постановки самих учреждений. В самом деле, если квалифицированной помощью мы имеем ввиду предупредить потерю трудоспособности, ухудшение патологического процесса в организме больного, то необходимо усилить наблюдение за ним, сделать это наблюдение длительным и распространить вне стен лечебного учреждения—на условия быта и труда. Мало этого: необходимо из этих наблюдений сделать выводы, учесть их и провести в жизнь вытекающие из них мероприятия. Это и есть, как известно, диспансеризация. С другой стороны, если диспансеризация является по существу углублением и профилактизацией медобслуживания, т. е. способом предупреждения распространения болезней, то она может дать практические результаты только при наличии учреждений, где бы велась эта работа по борьбе с потерей трудоспособности, с ухудшением заболеваний, по изоляции социально опасных больных.

Однако диспансеризация, как и всякий другой метод, нуждается еще в своей особой аппаратуре, если можно так по аналогии назвать подсобные диспансерные учреждения. По существу, не к определению типа и числа этих учреждений сводится наша задача сейчас, так как имеющийся опыт диспансерной работы и у нас, и в других местах Союза легко разрешил бы такой вопрос,—наша задача заключается в намечании путей, по которым должна проводиться диспансеризация в белорусских городах и сельских местностях. В городах возможно начинать диспансеризацию лишь с небольших групп населения, по возрастному или профессиональному признаку, мыслима также диспансеризация и по отдельным заболеваниям, однако это не вполне отвечает действительному смыслу диспансеризации, о которой мы говорим здесь и которая преследует улучшение условий труда и быта, влияюших на понижение трудоспособности независимо от того, какое заболевание является в отдельном случае непосредственным виновником временной или постоянной потери трудоспособности.

Необходимо, во всяком случае, уяснить себе основные положения:

I. Диспансеризация неуклонно влечет за собой в конечном счете удешевление медобслуживания, но именно в конечном, перспективном счете. В начале же диспансеризация несомненно связана с увеличением расходов.

II. Расходы по диспансеризации должны быть, главным образом, использованы на организацию подсобных учреждений, (диэт-столовых, ночных санаторий, физиотерапевтических площадок и проч.), на материальную помощь диспансеризируемым и на содержание соответствующего персонала (патронажного).

III. Так как успех диспансеризации зависит прежде всего от социально-экономических мероприятий: перевода на другую работу, улучшения жилища, организации питания при производстве и т. п., то ос-

новным и обазательным условием является соответствующая общественная организация для проведения этих мероприятий (совет социальной помощи, совет по борьбе с профессиональными вредностями и т. п.).

Принципиально и учреждения по охране материнства и младенчества, консультации и ясли являются подсобными учреждениями для проведения диспансеризации отдельных групп населения, в этом случае, по биологическому признаку. Из других диспансерных учреждений в Белоруссии имеются туберкулезные и венерические. Не касаясь совершенно постановки работы в них с точки зрения действительной диспансеризации и отнюдь не считая целесообразным закрытие или даже сокращение работы существующих диспансеров, мы должны лишь высказать убеждение, что работа их должна стать неотемлемой частью всей работы по диспансеризации в целом. Это необходимо и в интересах общей постановки квалифицированной помощи и в интересах диспансерной борьбы с туберкулезом и сифилисом, все равно как правильная борьба с заразными болезнями, которая по сути своей и есть прототип диспансерной борьбы, не может быть разделена между несколькими организациями.

Вот та схема диспансеризации, которую мы считаем целесообразным применить в городах Белоруссии. Местом изучения этого метода и проверки его на практике должна явиться клиника профессиональных болезней и институт социальной гигиены в Минске.

Вопрос о диспансеризации медобслуживания в сельских местностях несравненно сложнее. Нечего доказывать, что сущность и смысл диспансеризации совершенно тождественны в условиях и города и села, нечего также доказывать, насколько принципиально необходимо проводить диспансеризацию в сельских местностях и насколько практически трудно это сделать. Наше определение диспансеризации, как составной части квалифицированной помощи, уже само говорит за то, что она теснейшим образом связана с общими условиями работы всей сельской медико-санитарной сети и зависит от этих условий. По нашему убеждению, улучшая эту медико-санитарную сеть, увеличивая штаты, подымая качество, специализируя медпомощь, мы только и можем создать необходимые предпосылки для осуществления диспансеризации. И как в городе нельзя себе представить диспансерную работу без санитарной организации и ее систематической контактной деятельности (коммунальная санитария, санитарная инспекция труда), так и в сельских местностях необходимо участие санитарной организации в лице районных санитарных врачей.

Введение института санитарных врачей по всем районам, по крайней мере на первое время хотя бы межрайонных санврачей, должно стать практической очередной задачей с точки зрения диспансеризации. Далее как в городе, так и в сельских местностях необходимы подсобные диспансерные учреждения, необходима общественная организация. Может показаться, что наши предложения сводятся к отсрочке диспансеризации на селе, и надо прямо сказать, что действительно сейчас не приходится говорить о диспансеризации в сельских местностях во всей полноте и во всем об‘еме этого понятия: нет ни об‘ективных условий в общем состоянии сети, ни средств, ни сил.

Но необходимо и возможно уже сейчас вести предварительную работу по диспансеризации, или как обычно говорят, вести профилактическую работу на участке. В основном эта работа сводится к обследованию и к изучению санитарного состояния участка, отдельных групп населения, особенно школьников, распространения отдельных заболеваний и т. д.

Конечно, необходимо использовать все и всякие возможности для проведения практических мероприятий социального свойства как общего, так и индивидуального значения, необходимо для этого живейшее участие общественной организации, необходимо вести организованную борьбу с отдельными заболеваниями диспансерными методами. Оказывается, таким образом, что диспансеризация на селе и в городе различается только количественно, только по большей или меньшей скорости своего осуществления, в сельских местностях, как и в городе, диспансеризация представляет собой органическую часть всей сети по Здравхранению. С этой точки зрения мы не можем согласиться с предложением организовать изолированные сельские диспансеры по борьбе с отдельными заболеваниями. Если речь идет о местности, лишенной первичной помощи, то силой вещей так называемый сельский диспансер превратится в пункт этой первичной помощи, уж не говоря о принципиальной невыдержанности подобной организации. Если же предлагается организовать подобный диспансер в местности, обеспеченной общей медпомощью, имеющей, следовательно, достаточную участковую сеть и дающей исчерпывающую обращаемость, то там очевидно гораздо целесообразнее диспансеризировать работу основной сети путем тех необходимых мероприятий, о которых уже говорилось. Ни профилактические дни, ни другие паллиативы в этом или ином роде, конечно, ни в какой степени не помогают разрешению основной задачи, наоборот, всякое усиление и укрепление участка дополнительными учреждениями и персоналом дает практические возможности для диспансеризации. Поэтому целесообразнее всего всякий вновь организуемый участок обеспечить всем необходимым для диспансерной работы, самое целесообразное—поднять состояние существующей сети до такого уровня, который дает все необходимые предпосылки для такой работы.

Так или иначе, диспансеризация должна стать такой же практической задачей органов Здравоохранения, как снабжение медикаментами, если не в большей еще степени.

Организация контроля и экспертизы.

Строго говоря, в правильной работе органов контроля и экспертизы больше всего заинтересована диспансеризация. Совершенно ясно, что то или иное мероприятие в области своевременного изменения условий работы, предоставления возможности лечиться или пользоваться помощью подсобных учреждений, целиком зависит от правильного разрешения этих вопросов органами контроля.

Поэтому нормальная квалифицированная работа ВКК является необходимым условием диспансеризации, а тем самым и всей системы квалифицированного медицинского обслуживания. Роль и значение органов контроля и экспертизы громадны в отношении учета заболеваемости и рациональной организации борьбы с ней. Вот почему вопрос об организации их трактуется нами, как вопрос строительства сети, и вот почему следует их превратить в действительно медицинские учреждения. Каждое постановление ВКК или Бюро врач. экспертизы должно быть по своему характеру лечебно-профилактическим предписанием, совершенно независимым от чьего бы то ни было влияния. Совершенно недопустимо, чтобы решения органов контроля и экспертизы преследовали какие-либо другие цели, кроме лечебно-профилактических. Только при условии, если ВКК и БВЭ не будут являться непосредственными регуляторами страховых или иных фондов, их работа может иметь ценность и значение лечебно-профилактической. Вопрос о связи с страховыми органами, об учете их интересов и возможностей должен

быть, разумеется, урегулирован путем реорганизации всей системы контроля и экспертизы. Эта реорганизация является основной задачей ближайшего времени—задачей общей для органов здравоохранения и социального страхования.

IV. Организация борьбы с отдельными заболеваниями.

Основная задача в области борьбы с заболеваемостью—это организация тех видов помощи, которые соответствуют типу заболеваемости той или иной местности. Об'ем этой задачи точнее всего можно было бы вывести из сравнения движения отдельных видов заболеваемости. К сожалению, у нас совершенно нет статистики общей заболеваемости и мы не в состоянии, следовательно, дать оценку нашей задачи с точки зрения рационального построения сети спец. учреждений. Имеются лишь сведения о так называемых соц. болезнях, хронических инфекционных, но и эти сведения не вполне пригодны для нашей цели. Постановка регистрации и самая обращаемость за прошлое время ни в коей мере не могут быть сравнимы—поэтому приходится пользоваться не данными по динамике, а статикой интересующего нас сейчас явления.

Наши данные выведены из числа зарегистрированных за 1924 и половину 1925 года больных сифилисом I и II стадии, туберкулезом легких и трахомой—заболеваниями наиболее распространенными повсеместно. Следует сделать оговорку: в разных округах далеко не одинакова сеть, следовательно, и степень охвата болеющего населения регистрирующим аппаратом, т. е. по сути дела при сравнении данных о заболеваемости в разных округах нужно внести определенную поправку на обращаемость. При расчетах мы за единицу приняли наибольшую обращаемость в Белоруссии—312 на 1000 за половину 1925 г. Данные, полученные нами по указанным расчетами с приведенной поправкой, определяют распределение округов Белоруссии по распространенности в них сифилиса, туберкулеза и трахомы в следующем порядке.

Число зарегистрированых случаев на 1000 жит. по Округам.

Сифилис I и II ст.		Туберкулез легочн.		Трахома.	
Витебский	2,3	Бобруйский	15,6	Калининск	21,0
Минский	1,9	Борисовск	13,5	Могилевск	16,0
Полоцкий	1,8	Минский	13,0	Борисовск	11,1
В среднем по Бел.	1,4	Слуцкий	13,0	Оршанский	10,5
Оршанский	1,1	Полоцкий	12,0	Бобруйский	10.4
Слуцкий	1,0	В средн. по Бел.	9,6	В средн. по Бел.	10,2
Борисовск	0,9	Мозырский	9,0	Полоцкий	9,0
Могилевский	0,8	Оршанский	8,5	Витебский	7,2
Калиниск	0,8	Витебский	8,3	Минский	4,0
Бобруйский	0,8	Могилевский	7,4	Слуцкий	2,5
Мозырский	0,5	Калининск	6,0	Мозырский	1,6

Число зарегистрированных случаев по городам на 1000 жит.

Сифилис I и II ст.		Туберкулез легочн.		Трахома.	
Климовичи	18	Борисов	86,3	Климовичи	256
Полоцк	1,6	Орша	64,5	Борисов	61,6
Орша	11,1	Слуцк	61,5	Бобруйск	47,0
Слуцк	9,7	Мозырь	46,0	Полоцк	23,0
Витебск	9.2	Бобруйск	42,0	Орша	22,0
Борисов	8,8	В средн. по Бел.	33,3	В средн. по Бел.	21,6
Могилев	3,0	Климовичи	31,0	Могилев	18,8
В средн. по Бел.	7,7	Минск	30,0	Мозырь	13,4
Минск	6,8	Могилев	26,0	Минск	7.7
Бобруйск	6,5	Полоцк	18,0	Витебск	7,0
Мозырь	4,5	Витебск	17,0	Слуцк	6,0

Необходимо сделать несколько замечаний по поводу различного распределения округов и их окружных городов в отношении распространения приведенных заболеваний. Не приходится сомневаться, что в отношении сифилиса эта разница зависит от того, что большинству сифилитиков приходится лечиться в городах, и таким образом искусственно увеличивается коэффициент заболеваемости в них. До известной степени это об'яснение применимо и ко всем заболеваниям, но приходится учитывать также и фактическую разницу в степени распространения их по городам и сельским местностям. В частности, наши данные дают совершенно ясное представление насколько актуален вопрос о борьбе с заболеваемостью в тех округах, где она выше среднего. Конечно, при рационально организованной борьбе с заболеваниями совершенно правильно считаться с обще-окружными данными, но если нет особых указаний на исключительное распространение их в отдельных местах. Мы полагаем, что такие указания приведенные коэффициенты дают: сифилис особенно распространен в Витебском, Минском и Полоцком округах, туберкулез—в Борисовском, Бобруйском, Слуцком, Минском и Полоцком округах и особенно в городах Борисове, Орше, Слуцке, Мозыре и Бобруйске; трахома наиболее распространена в Калининском, Борисовском, Оршанском и Полоцком округах.

Первоочередность нужд в разных округах очевидна, и в этом отношении приведенные соображнния не требуют дальнейшей детализации, разве только кроме одного Мозырского округа, находящегося вообще в специфических условиях по своим природным условиям. Мы допускаем, что низкая заболеваемость сифилисом наводит на мысль о некоем антогонизме между ним и малярийной инфекцией, столь распространенной в Мозырском округе, но мы почти не сомневаемся, что значительная часть случаев туберкулеза может там пройти незамеченной вследствие смешения с малярией. Так или иначе, общая картина положения округов в отношении нуждаемости в тех или иных видах помощи от этого не меняется, и нам остается привести несколь-

ко организационных замечаний. Прежде всего мы категорически отвергаем целесообразность ведения борьбы с так называемыми соц. болезнями при помощи отрядов. В отношении борьбы с сифилисом мы уже в другом месте указывали, что при всех участках в заразных отделениях должны быть выделены вен. койки; добавим здесь необходимость достаточного снабжения сальварсаном всех периферических медико-санитарных учреждений. Борьба с трахомой должна также основываться на соответствующей деятельности участковых учреждений, для этой цели последние должны быть снабжены соответствующим инструментарием, а врачи должны получить соответствующую подготовку (усовершенствование). Мы считаем также весьма целесообразной организацию в окружных городах и отдельвых районных центрах, где наблюдается наибольшая поражаемость трахомой, общежитий-изоляторов при квалифицированных глазных учреждениях. Наконец, в отношении борьбы с туберкулезом основной задачей является организация туберкулезных больниц, на первое время в окружных городах, по своим размерам достаточных для госпитализации и изоляции нуждающихся в этом больных. В остальном борьба с туберкулезом должна вестись всей участковой сетью и диспансерами по тем методам, о которых мы подробнее говорили в части, касающейся диспансеризаци.

V. Нервно-психиатрическая помощь и призрение хроников.

Как известно, наличное количество псих. коек, находящихся на гос. содержании удовлетворяет всего на ¼ наши потребности в отношении госпитализации душевно-больных. Разумеется, расширение псих. коек за счет гос. средств остается основной задачей, но в то же время необходимо с совершенной определенностью указать, что без помощи мест нельзя будет разрешить вопрос о более или менее правильном призрении душевно-больных. В прошлом году выдвигался проэкт организации небольших псих. колоний в округах. Опыт показал, что в настоящий момент, повидимому, подобная организация не осуществима, и мы вынуждены искать разрешения вопроса в организации патронажа. Изучение этого вопроса, разработка и согласование положений о патронировании душевно-больных является очередной задачей органов здравоохранения. Необходимо указать еще на одно мероприятие в области нервно психиатрической помощи: это диспансеризация ее. В силу нашей принципиальной точки зрения на диспансеризацию и ввиду ограниченных возможностей, мы считаем конкретной задачей организацию нервно-психиатрических диспансеров только в Минске и в Витебске.

В деле призрения хроников мы считаем правильным установить такой принципиальной подход: социально опасные хроники (страдающие заразными болезнями, представляющие особую тягость в смысле ухода за собой) должны находиться под обязательной опекой органов здравоохранения; для этой категории хроников должны быть организованы специальные учрежденяя, или по крайней мере отделения в общих больницах. Все остальные хроники могут быть устроены в обще-собесовских учреждениях по призрению, и задача органов здравоохранения в этой области сводится к договоренности с органами соц. обеспечения.

Таковы основные моменты в методе определения и исчисления нужд в области рациональной организации медико-санитарного обслуживания населения Белоруссии.

Таблица № 1.

СЕТЬ.

Наименование округа.		Количество населения	Площ. в кв. верст.	Число больниц. 22 г.	23 г.	24 г.	25 г.	26 г.
Бобруйск—	город	38202		1	2	2	1	1
	округ	450693	12.505	5	6	14	10	12
	всего	488895						
Борисов—	город	19067		2	2	3	3	3
	округ	351368	10.504	6	4	5	4	8
	всего	370435						
Витебск—	город	93247		—	—	6	7	7
	округ	476673	9.984	—	—	10	9	11
	всего	569920						
Калининск—	город	6684				1	1	1
	округ	379862.	7.534			11	7	7
	всего	386546						
Минск—	город	114742		11	8	7	9	
	округ	394320	9.690	4	4	5	12	12
	всего	509062						
Могилев—	город	45095				2	3	2
	округ	481131	10.177			10	10	11
	всего	526525						
Мозырь—	город	8865		2	3	3	3	2
	округ	310029	13.737	7	7	7	10	10
	всего	318894						
Орша—	город	21404				2	2	3
	округ	388308	6.909			9	6	9
	всего	409717						
Полоцк—	город	22024				1	1	1
	округ	294443	8 312			4	5	7
	всего	316467						
Слуцк—	город	14172		3	2	2	1	1
	округ	275433	7.096	5	4	4	5	6
	всего	289605						
Всего по Белоруссии.	город	383502				29	31	
	округ	3805260	96 448			79	78	93
	всего	4188762						

Сеть (продолжение). *Таблица II.*

Наименование округов.		Число коек. 22 г.	23 г.	24 г.	25 г.	26 г.	Число зубн. кресел.	Число пос. в них.
Бобруйск—	город	265	210	320	145	150	3	17.354
	округ	200	180	306	176	195	4	19.840
Борисов—	"	110	125	120	80	95	2	11.312
	"	135	75	110	61	100		9.722
Витебск—	"	—	—	465	460	580	8	35.036
	"	—	—	233	168	145	5	17.915
Калининск—	"	—	—	50	50	75	2	6.201
	"	—	—	213	159	165	7	10.182
Минск—	"	735	857	852	924	925	14	54.435
	"	130	70	285	272	265	8	25.082
Могилев—	"	—	—	307	320	470	3	25.503
	"	—	—	103	141	155	3	12.039
Мозырь—	"	110	125	125	80	105	2	7.571
	"	220	170	170	109	158	2	
Орша—	"	—	—	70	100	75	2	10.297
	"	—	—	210	123	175		24.632
Полоцк—	"	—	—	60	60	100	2	12.840
	"	—	—	40	75	105	2	5.997
Слуцк—	"	171	115	115	80	100	2	12.840.
	"	70	65	65	95	105	2	14.002.
Всего по Белорус.	город	—	—	2484	2299	2445	40	
	округ	—	—	1725	1379	1538	33	

Сеть (продолжение). *Таблица III.*

Наименование округов.		Чис. амб. при б-х. 22 г.	23 г.	24 г.	25 г.	26 г.	Чис. амб. самост. 22 г.	23 г.	24 г.	25 г.	26 г.	Чис. фельд. пун. 22 г.	23 г.	24 г.	25 г.	26 г.
Бобруйск	город	1	2	2	1	1	2	—	—	—	2	—	—	—	—	—
	округ	6	6	14	10	12	2	13	22	14	16	40	39	35	23	18
Борисов	„	2	2	3	—	—	1	—	—	3	3	—	—	—	—	—
	„	6	4	5	4	8	4	7	8	8	6	29	26	27	12	13
Витебск	„	—	—	6	3	1	—	—	4	7	7	—	—	—	—	—
	„	—	—	10	9	11	—	—	10	13	21	—	—	6	4	—
Калинин	„	—	—	1	1	1	—	—	1	1	1	—	—	—	—	—
	„	—	—	11	7	7	—	—	8	7	5	—	—	16	11	17
Минск	„	11	8	7	4	2	6	5	4	4	4	—	—	—	—	—
	„	4	4	10	12	12	—	1	4	6	11	18	18	42	29	29
Могилев	„	—	—	2	—	1	—	—	2	3	3	—	—	—	—	—
	„	—	—	10	10	11	—	—	3	10	7	—	—	5	—	5
Мозыр	„	2	3	3	1	1	1	1	1	3	3	—	—	—	—	—
	„	7	7	7	10	10	—	—	2	4	5	26	22	22	23	21
Орша	„	—	—	2	—	—	—	—	1	1	2	—	—	—	—	—
	„	—	—	9	6	9	—	—	12	9	9	—	—	14	9	8
Полоцк	„	—	—	1	1	1	—	—	1	3	2	—	—	—	—	—
	„	—	—	4	5	7	—	—	5	9	8	—	—	13	6	14
Слуцк	„	2	2	2	1	1	—	—	—	1	2	—	—	—	—	—
	„	5	4	4	5	6	3	—	4	9	10	7	7	5	8	8
Всего по Белорус.	город	—	—	29	12	9	—	—	14	27	29	—	—	—	—	—
	округ	—	—	9	78	93	—	—	84	88	98	—	—	185	126	115

Таблица IV.

КОЭФФИЦИЕНТЫ СЕТИ.

Наименование округов.		Чис. жит. на 1 койк.		Чис. жит. на 1 учас.		Средн. площ. участ.	
		1925 г.	1926 г.	1925 г.	1926 г.	1925 г.	1926 г.
Бобруйск	город	263	255				
	округ	2.560	2.311	19.000	16.096	521 кв. в.	447
Борисов	город	238	201				
	округ	5.760	3.513	29.000	25.100	875 кв. в.	750
Витебск	город	203	162				
	охруг	2.838	3.289	21.600	14.900	454 кв. в.	312
Калининск	город	134	89				
	округ	2.400	2.300	27.100	31.655	538 кв. в.	628
Минск	город	124	124				
	округ	1.500	1.680	23.200	17.050	570 кв. в.	421
Могилев	город	125	96				
	округ	3.400	3.104	24.000	26.734	509 кв. в.	565
Мозырь	город	111	84				
	округ	3.000	2.000	22.000	20.668	981 кв. в.	916
Орша	город	214	300				
	округ	3.200	2.218	25.800	21.572	461 кв. в.	384
Полоцк	город	360	220				
	округ	4.000	2.804	21.000	19.630	593 кв. в.	554
Слуцк	город	176	141				
	округ	2.900	2.576	19.700	17.216	507 кв. в.	444
Всего по Белорус.	город	170	157				
	округ	2.800	2.475	22.900	20.000	581 кв. в.	506
		1910 г.	1912 г.	1910 г.	1912 г.	1910 г.	1912 г.
Витебская губ.		1.400	—	34.470	27.338	880	661
Минская губ.		1.700	—	54.700	40.000	1.710	1.246
Могилевская губ.		1.500	—	31.900	—	1.000	—

Таблица V.

Распределение коек по специальностям.

(Городские лечучреждения).

Наименование округа.		Общих.	Терапев.	Хирургич.	Глазных.	Кож. вен	Детских.	Заразн.	Родильных.	Прочих.
Бобруйск	1924 г.	—	36	40	10	10	—	90	24	—
	1925 г.	—	23	45	7	10	—	20	20	20
Борисов	1924 г.	—	29	15	—	—	—	50	15	11
	1925 г.	—	28	12	5	—	—	20	5	10
Витебск	1924 г.	—	35	50	10	40	10	50	52	215 *)
	1925 г.	—	34	34	15	40	--	40	32	50
Калининск	1924 г.	—	10	15	10	5	2	5	4	—
	1925 г.	—	6	10	10	4	—	10	10	—
Минск	1924 г.	—	193	97	40	60	65	—	79	318 *)
	1925 г.	—	105	100	40	35	70	105	90	379 *)
Мозырь	1924 г.	—	25	30	—	30	—	25	15	—
	1925 г.	—	20	30	—	10	—	10	10	—
Могилев	1924 г.	—	25	42	20	10	—	20	—	30
	1925 г.	—	30	40	18	15	—	20	27	170 *)
Орша	1924 г.	—	10	15	5	—	20	15	5	—
	1925 г.	30	10	15	5	—	20	10	5	5
Полоцк	1924 г.	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	1925 г.	—	15	15	5	10	—	10	5	—
Слуцк	1924 г.	—	15	37	5	15	—	35	8	-
	1925 г.	—	10	35	—	10	—	15	—	10
Всего по Белорус.	1924 г.	Всего коек: 2.153	378	341	100	170	95	270	205	574 *)
	1925 г.	2.084	231	336	105	134	90	260	204	644 *)
%-е распредел. в 25г.			23%	28%	9%	11%	8%	—	17%	—

*) Вместе с псих. койками.

Таблица VI.

Амбулаторная деятельность.

Наименование округа.		Общая посещаемость. В городах. 1924 г.	1925 (1/2).	В округах. 1924 г.	1925 (1/2).
Бобруйск.	общее число пос.	95.834	86.937	72 829	159.929
	первичных	26.302	30.770	41.081	113.399
	фельдшер.	—	—	40.636	16.167
Борисов.	общее число	68.753	62.013	64.099	100.524
	первичных	28.238	19 701	52.429	67.104
	фельдшер.	—	—	50.328	9 479
Витебск.	общее число	383.767	222.984	226.771	186 565
	первичных	120.204	57.019	133.474	110.181
	фельдшер.	—	—	11.877	1.933
Калининск.	общее число	36 609	36.888	158.991	161.694
	первичных	11.877	15.945	106 524	104.939
	фельдшер.	—	—	6 585	10.984
Минск.	общее число	356.577	183.351	104.276	127.000
	первичных	125.970	70 508	77.411	89.890
	фельдшер.	—	—	12.703	20.790
Могилев.	общее число	223.240	128.606	190 830	138.113
	первичных	58.519	33.613	121.468	82.813
	фельдшер.	—	—	—	—
Мозырь.	общее число	48.657	38.718	71.998	99 039
	первичных	26.382	18.646	57 896	68.362
	фельдшер.	—	—	46.530	27.485
Орша.	общее число	53.991	46.406	114 382	160.149
	первичных	19 483	14.766	67 956	103.275
	фельдшер.	—	—	21.283	12.431
Полоцк.	общее число	42.350	47.460	140.825	91.924
	первичных	12.494	15.369	74.584	53.170
	фельдшер.	—	—	54.339	12 665
Слуцк.	общее число	45.943	34.715	80.894	83.970
	первичных	22.844	12.561	47.779	50.497
	фельдшер.	—	—	413.975	7.649
Всего по Белор.	общее число	1.453.724	888.178	1.225.825	1.315.907
	первичных	462.313	288.598	977.602	843.646
	фельдшер.	—	—	278294 (22,7%*)	109.583 (8,3%*)
По отнош.	к обращ. общ. 1924 г.	—	60,6%	—	107,3%
„ „	к первич. пос. 1924 г.	—	62,4 „	—	86,3 „
„ „	к пр. фельдш. 1924 г.	—	—	—	39,2 „

*) По отношен. к общему числу посещений.

Амбулаторная деятельность (продолжение). *Таблица VII.*

Наименование округа.		Посещ. застрахованных. В городах. 1924 г.	В городах. 1925 г. (1/2).	В округах. 1924 г.	В округах. 1925 г. (1/2).
Бобруйск	общее число пос. .	70.589	48.790	37.800	27.679
	первичных	39.956	18.114	18.000	13.371
Борисов	общее число . . .	65.299	65.049	8.839	9.705
	первичных	26.835	18 940	6.063	4.315
Витебск	общее число . . .	289.664	191.255	33.395	21.438
	первичных	83.907	25.694	12.741	7.728
Калининск	общее число . . .	7.385	1.876	7.074	7.238
	первичных	3.641	999	4.026	3 715
Минск	общее число . . .	258.307	175.894	27.883	170.013
	первичных	82.749	53.207	18.489	9.787
Могилев	общее число . . .	135.383	74.820	35.060	23.021
	первичных	39 033	20.279	13.659	8.291
Мозырь	общее число . . .	40.041	25 252	20.881	23.172
	первичных	18.420	9.147	12.678	9.508
Орша	общее число . . .	16.191	11.351	30.517	26.699
	первичных	7.911	2.836	16.321	12.270
Полоцк	общее число . . .	43.410	30.166	13.000	13.860
	первичных	9.900	8·024	6.300	4.515
Слуцк	общее число . . .	30.367	20 439	11.734	6.800
	первичных	15.205	3.533	8.316	3.547
Всего по Белоруссии.	общее число . . .	917.943	644.892	210.570	176.615
	первичных . . .	312.252	187.771	109.118	78.047
По отношению к общей посещаемости 1924 г.		—	70,2%	—	84,0%
По отношению к перв. 1924 г. .		—	60,0 „	—	70,6 „

Таблица VIII.

Число певвичных посещений на 1000 жителей (½ 1925 г.).

Наименование округа.		Общих по округу.	Застрахованных.
Бобруйск	город	300	3.000
	округ		2.250
Борисов	город	232	3.455
	округ		2.000
Витебск	город	300	4.000
	округ		3.000
Калининск	город	308	587
	округ		1.400
Минск	город	312	2.525
	округ		1.820
Могилев	город	218	3.450
	округ		2 500
Мозырь	город	270	4.090
	округ		3.000
Орша	город	286	750
	округ		3.610
Полоцк	город	206	2.285
	округ		2.650
Слуцк	город	215	1.520
	округ		2.185
Всего по Белоруссии.	город	271	3.000
	округ		2.600

Таблица IX.

На одно первичное посещение падает повторных.

Наименование округа.		Среди всех гр-н. 1924 г.	Среди всех гр-н. 1925 г. (1/2).	Среди застрахованных. 1924 г.	Среди застрахованных. 1925 г. (1/2).
Бобруйск	город	3,5	2,5	1,8	2,7
	округ	1,8	1,4	2,1	2,1
Борисов	город	2,4	3,3	2,5	3,6
	округ	1,2	1,5	1,5	2 3
Витебск	город	3,2	3,9	3,5	3,7
	округ	1,7	1,7	2,7	3,0
Калининск	город	3,3	2,4	2,0	2,0
	округ	1,5	1,5	1,7	1,8
Минск	город	2,8	2,6	3,1	3,3
	округ	1,4	1,4	1,5	1,9
Могилев	город	3,8	3,9	3,5	3,7
	округ	1.6	1,7	2,7	2,9
Мозырь	город	1,9	2,1	2,2	2.8
	округ	1.2	1,4	1,7	2,6
Орша	город	2,8	3,3	2,3	5,5
	округ	1,7	1,6	1,9	2,0
Полоцк	город	3,5	3,1	4,8	3,7
	округ	2,0	1,7	2,1	3,0
Слуцк	город	2,0	2,8	2,0	6,6
	округ	1,8	1,7	1,4	2,0
Итого по Белоруссии	город	3 2	3,1	3	3,6
	округ	1,3	1,6	2	2,3

Таблица X.

Число стационарных больных и проведенных ими койко-дней.

НАИМЕНОВАНИЕ ОКРУГА.		Общее число.							
		В городах.				В округах.			
		1924 г.	% исп. коек.	1925 (1/2)	% исп. коек.	1924 г.	% исп. коек.	1925 (1/2)	% исп. коек.
Бобруйск.	Чис. прош. б.	3.779	32%	3.511	103%	2.869	23%	3.119	74%
	ч. пров. к. д.	37.473		26.881		25.148		23.528	
Борисов.	Чис. прош. б.	1.512	44 „	1.337	72 „	1.238	31 „	1.179	130 „
	ч. пров. к. д.	19.088		10.394		11.457		14.063	
Витебск.	Чис. прош. б.	10.259	107 „	8.412	3)208 „	3.071	44 „	3.485	100 „
	ч. пров. к. д.	179.709		112.790		35.664		30.737	
Калининск.	Чис. прош. б.	1.346	67 „	1.658	2)156 „	3.643	40 „	3.764	93 „
	ч. пров. к. д.	12.646		14.372		30.494		26 849	
Минск.	Чис. прош. б.	14.721	81 „	14.508	140 „	3.619	27 „	3.389	50 „
	ч. пров. к. д.	257.716		169.388		28.857		24.145	
Могилев.	Чис. прош. б.	5.152	140 „	4.583	216 „	3.554	123 „	3 259	96 „
	ч. пров. к. д.	73.664		62.168		46.762		24.655	
Мозырь.	Чис. прош. б.	2.586	58 „	1.760	107 „	3.146	48 „	2.664	95 „
	ч. пров. к. д.	26.379		15.210		29 321		18 546	
Орша.	Чис. прош. б.	2.173	124 „	1.794	1)161 „	2.970	30 „	3.158	114 „
	ч. пров. к. д.	31.535		29.999		23.341		25.514	
Полоцк.	Чис. прош. б.	1.456	119 „	1.435	120 „	926	29 „	1.020	70 „
	ч. пров. к. д.	25.357		12.829		4.745		9.750	
Слуцк.	Чис. прош. б.	2.544	70 „	1.749	97 „	1.443	50 „	1.488	59 „
	ч. пров. к. д.	28.755		13.987		11.752		10 689	
Всего по Белорусс.	Чис. прош. б.	45.628	77 „	4.0706	147 „	26.479	39 „	26.445	84 „
	ч. пров. к. д.	692.233		458.018		247.541		209.476	
По отношению к числу больных 1924 г.		—	—	—	88 „	—	—	—	100 „
По отношению койко-дням 1924 г.		—	—	—	66,2 „	—	—	—	86 „

Таблица XI.

Число стационарных б-х и проведен. ими койко-дней.

Наименование округа.		Застрахованных. В городах. 1924 г.	Застрахованных. В городах. 1925 г. (1/2)	Застрахованных. В округах. 1924 г.	Застрахованных. В округах. 1924 г. (1/2)
Бобруйск	число прош. больных	1.270	894	320	347
	число пров. койко-дней . .	10.348	7.928	5 111	3.133
Борисов	число прош. больных	857	638	81	77
	число пров. койко-дней . .	9.473	5.308	1,413	971
Витебск	число прош. больных	4.948	2.968	118	127
	число пров. койко-дней . .	60.491	44.268	1.561	1.170
Калининск	число прош. больных	222	165	195	118
	число пров. койко-дней . .	1.789	1.199	1.896	824
Минск	число прош. больных	5.530	4 852	355	297
	число пров. койко-дней . .	68.115	52.201	3.273	2.284
Могилев	число прош. больных	1.372	908	140	162
	число пров. койко-дней . .	16.337	9.205	1.524	1 496
Мозырь	число прош. больных	965	602	313	241
	число пров. койко-дней . .	9.233	4.370	2.713	2.028
Орша	число прош. больных	325	230	224	203
	число пров. койко-дней . .	3 835	2.614	2.404	1.906
Полоцк	число прош. больных	233	245	3	25
	число пров. койко-дней . .	2.208	2.558	25	118
Слуцк	число прош. больных	317	202	86	74
	число пров. койко-дней . .	2.750	1.604	762	804
Всего по Белоруссии	число прош. больных	16 036	11.704	1.835	1.651
	число пров. койко-дней . .	193.029	131.295	20.682	14.734
По отношению к числу больных 1924 г.		—	75%	—	89%
По отношению к койко-дням 1924 г.		—	70 „	—	71 „

Таблица XII.

Средняя продолжительность пребывания больного.

НАИМЕНОВАНИЕ ОКРУГА.	Общие число.			
	В городах.		В округах.	
	1924 г.	1925 г. (1/2)	1924 г.	1925 г. (1/2)
Бобруйск	10	8	9	8
Борисов	13	8	9,5	13
Витебск	17	13 [2])	12	9
Калининск	10	9	8,5	7
Минск	18	12 [3])	8	8
Могилев	14,5	11,5 [4])	13	7,5
Мозырь	10,5	9	9,5	7
Орша	15	17 [1])	8	8
Полоцк	18	10 [5])	5	9,5
Слуцк	11	8	8	9,5
Всего по Белоруссии	15,4	11,4	9,5	8,0

На 1000 первичных больных госпитализировано.

НАИМЕНОВАНИЕ ОКРУГА.	В городах 1924 г.	В городах 1925 г. (1/2)	В округах 1924 г.	В округах 1925 г. (1/2)
Бобруйск	145	117	70	28
Борисов	54	70	24	18
Витебск	85	150	23	31
Калининск	122	111	34	36
Минск	120	207	48	38
Могилев	89	137	30	40
Мозырь	99	98	55	40
Орша	115	128	44	31
Полоцк	120	96	13	20
Слуцк	111	146	30	28
Всего по Белоруссии	99	141,3	27,1	31,4

Таблица XIII.

Средняя продолжительность пребывания больного.

Наименование округа.	Застрахованные.			
	В городах.		В округах.	
	1924 г.	1925 г. (1/2)	1924 г.	1925 г. (1/2)
Бобруйск	8,5	10	17	10
Борисов	12	9	17	14
Витебск	14	15	14	10
Калининск	8	7,5	10	7,5
Минск	12,5	11	9	8
Могилев	13	10	11	9
Мозырь	10	7	9	8
Орша	12	11	10	2,5
Полоцк	9,5	11	8	5
Слуцк	9	8	9	10
Всего по Белоруссии	12	12	11	9

На 1000 первичн. больных госпитализировано.

Наименование округа.	Застрахованных.			
	Город.		Округ.	
	1924 г.	1925 г. (1/2)	1924 г.	1925 г. (1/2)
Бобруйский	35	50	16	27
Борисов	33	35	14	19
Витебск	60	60	10	18
Калининск	74	165	49	39
Минск	67	97	20	33
Могилев	35	45	11	20
Мозырь	54	67	26	27
Орша	46	100	14	16
Полоцк	23	30	—	8
Слуцк	20	60	10	21
Всего по Белоруссии	65	62	17	21

Таблица XIV.

Число госпитализированных на 1000 первичных посещений в среднем за 1925 год (1/2).

Наименование округа.		Общих по округу.	Застрахованных
Бабруйск	город	46	50
	округ		27
Борисов	город	28	35
	округ		19
Витебск	город	71	60
	округ		18
Калининск	город	45	165
	округ		39
Минск	город	112	97
	округ		33
Могилев	город	68	45
	округ		20
Мозырь	город	49	67
	округ		27
Орша	город	42	100
	округ		10
Полоцк	город	36	30
	округ		6
Слуцк	город	50	60
	округ		21
Средн. по Белоруссии	город	60	62,2
	округ		21,2

Таблица XV.

Число госпитализированных на 1000 жителей.

Наименование округа.		Общих по округу.	Застрахованных.
Бобруйск	город	14	150
	округ		86
Борисов	город	6,4	119
	округ		38
Витебск	город	21,3	240
	округ		54
Калининск	город	13,5	95,7
	округ		54,6
Минск	город	34,7	242,5
	округ		59,4
Могилев	город	13,6	153
	округ		50
Мозырь	город	13,23	268
	округ		81
Орша	город	11,76	75
	округ		57,6
Слуцк	город	7,2	66
	округ		15,6
Полоцк	город	10,5	90
	округ		44
Всего по Белоруссии	город	16,1	186
	округ		34,6

Таблица XVI.

Число родовспоможений за ½ 1925 года.

Наименование округа.		Abs.	На 1000 жителей
Бобруйск	город	374	10
	округ	687	1,5
Борисов	город	269	14
	округ	387	1
Витебск	город	888	9,5
	округ	752	1,5
Калининск	город	80	12
	округ	517	1,5
Минск	город	1822	16
	округ	581	1,5
Могилев	город	432	9,5
	округ	548	1,1
Мозырь	город	317	36
	округ	405	1,3
Орша	город	160	8
	округ	506	1,3
Полоцк	город	203	9
	округ	387	1,5
Слуцк	город	186	13
	округ	651	2,4
Всего по Белоруссии:	город	4731	12,4
	округ	5421	1,4

Таблица XVII.

Число посещений на дому.
($^1/_2$ 1925 г.).

Наименование округа.	Город.	Округ *).	На 1000 амбул. посещений	
			Город.	Округ.
Бобруйск	9013	7.166 / 8.723	104	90
Борисов	5095	3.409 / 5.085	80	77
Витебск	34740	6.775 / 5 570	156	70
Калининск	1113	3.701 / 3.746	30	42
Минск	79141	5.948 / 11.397	433	116
Могилев	5135	4.027 / 6.529	40	80
Мозырь	1000	4.081 / 2.769	30	50
Орша	6087	5.367 / 5.887	132	65
Полоцк	3286	2.104 / 5.428	70	70
Слуцк	3807	3.137 / 7.170	109	115

*) В числителе врачебные, в знаменателе фельдшерские посещения.

Таблица XVIII.

Деятельность медпунктов при ДОПР'ах. (½ 1925 года.)

Наименование округа.	Число заключен.	Число амбул. больных.	На 1000 закл.	Число коек.	Число коечн. больных.	На 1000 закл.
Бобруйск	306	987	3222	5	17	6
Борисов	344	1048	3050	—	—	—
Витебск	1120	13456	12000	25	112	100
Калининск	282	—	—	—	—	—
Минск	1284	6017	5000	33	275	214
Могилев	674	8862	13000	10	198	300
Мозырь	193	571	3000	—	—	—
Орша	501	2693	5375	—	—	—
Полоцк	372	1292	3500	—	—	—
Слуцк	252	—	—	—	—	—

За 1925 год.

По городам на 1000 жителей—2320 амбулаторных посещений.

„ „ „ „ „ — 106 госпитализировано.

Таблица XIX.

Положение психпомощи.

Наименование псих. б-цы.		Количество коек.	Число прошед. больн.	Число провед. койко-дней.	Среднее пребыван. больного.
Витебск	1924 г.	160	464	57.651 100 °/о *)	124
	½ 1925 г.	160	372	30.602 107 °/о *)	82
Могилев	1924 г.	160	394	60.833 106 °/о *)	154
	½ 1925 г.	160	267	33.138 115 °/о *)	124
Минск	1924 г.	235	827	106.489 126 °/о *)	128
	½ 1925 г.	230	649	59.119 140 °/о *)	91

На 1000 жителей психкоек:

Должно быть . . 0,6

По РСФСР . . . 0,15

По Белоруссии . · 0,14

°/₀°/₀ указать неиспользование (нагрузку) коек.

Наличие медиерсонала на средину 1925 г.

Таблица XX.

Наименование оквугов,	Врачей.		Лекпом.		Акушер.		Зуб. врач.		Сес. мил.	
	Гор.	Окр.	Гор.	Окр.	Гор.	Окр.	Гор.	Окр.	Гор	Окр.
Бобруйск	33	29	10	48	3	24	4	8	19	3
Борисов	25	13	15	29	3	17	4	2	12	6
Витебск	117	30	26	24	10	20	17	4	112	14
Калининск	11	14	3	16	4	13	2	3	7	6
Минск	174	20	22	53	30	18	35	6	161	4
Могилев	29	16	13	39	4	14	8	4	33	1
Мозырь	25	14	11	35	4	14	4	4	13	12
Орша	23	21	10	32	2	18	3	8	17	4
Полоцк	13	11	5	17	5	15	3	2	11	3
Слуцк	16	17	10	26	4	13	4	7	6	—
Всего по Белоруссии	466	185	126	319	71	166	84	48	391	53

Нужное число медперсонала для сельских учреждений на 1926 г.

Таблица XXI.

Наименование округов.	Врачей.		Лекцомов		Акущерок		Зуб. врач.		Сест. мил.	
	Долж быть.	Разница.	Долж быть	Разница.	Долж быть.	Разница.	Долж быть.	Разница.	Долж быть.	Разница
Бобруйск	37	—8	45	+3	35	—11	9	—1	12	—9
Борисов	18	—5	29	—	27	—10	7	—5	8	—2
Витебск	38	—8	34	—10	36	—16	8	—4	11	+3
Калининск	21	—7	36	—20	31	—18	7	—4	7	—1
Минск	35	—15	43	+10	34	—16	11	—5	12	—8
Могилев	26	—10	23	+16	31	—17	8	—4	11	—10
Мозырь	20	—6	38	—3	36	—22	9	—5	10	+2
Орша	27	—6	35	—3	26	—8	8	—	9	—5
Полоцк	22	—11	29	—12	29	—14	7	—5	7	—4
Слуцк	22	—5	30	—4	24	—11	6	+1	6	—6
Всего по Белоруссии	266	—81	342	—23	309	—143	80	—32	93	—40

Проблемы подготовки сельских врачей *).

Проф. М. Б. Кроль (Минск).

Проблема подготовки сельских врачей является проблемой программы и учебных планов медицинского факультета. Программы прежних медицинских факультетов строились для подготовки врачей вообще. Лишь крайне незначительная часть кончавших мед. фак. поступала на общественную службу и еще меньшая поступала на службу в земство. В настоящее время с падением и местами почти полным исчезновением частной практики, а также в связи с новыми задачами Государства по охранению здоровья населения главное внимание медицинских факультетов должно быть направлено на то, чтобы подготовить врачей, которые могли бы с успехом занимать должности сельских врачей. Для этого необходимо учитывать специальную обстановку, среди которой работают сельские или участковые врачи и ее отличие от обстановки города. Каковы ее наиболее важные особенности? Врач в городе всегда имеет возможность обращатьса в случае сомнения за советом и помощью к другому врачу, к специалисту, в лабораторию. Сельский же врач должен сам взять на себя всю тяжесть ответственности за свои решения и действия. Он должен быть более сведущ в разных специальностях. Сельский врач олицетворяет в глазах местного населения всю медицину. Его ошибки толкуются как ошибки медицины вообще. Теряя доверие к врачу, обыватель теряет веру в медицину и открывает двери шарлатанству и знахарству. Далее, в деревне с ее исключительно культурной отсталостью работа по культурному под'ему должна быть особенно значительна. Роль санитарно-медицинских мер в деле поднятия культуры вообще чрезвычайно велика.

Влияние медицины на улучшение быта и поднятие уровня жизни в деревне поэтому особенно громадно. Заболеваемость обратно пропорциональна культурному уровню Сверх всего этого, сельский врач, являясь одним из немногочисленных представителей интеллигенции в деревне, должен быть не только специалистом, но и всесторонне образованным и развитым общественным деятелем, который хорошо ориентируется во взаимоотношениях и всегда в состоянии помочь окружающему населению добрым советом.

Наконец отдаленность городской культуры не может не сказываться на характере и на методах работы в селе, хотя наши города и не слишком далеко ушли в культурном отношении от деревни.

Часть специфических особенностей сельской работы обязывает государство прежде всего к тому, чтобы поставить медицинские факультеты на очень большую высоту. Из всего выше сказанного вытекает необходимость очень высокой квалификации сельских врачей. Все учебно-вспомогательные учреждения медицинского факультета должны быть поэтому снабжены самыми последними аппаратами и приборами. Должно быть расширено преподавание специальных клиник. Последние должны считаться с тем, что участковый врач должен быть всесторонне образован и в повседневной практике ему придется

*) По докладу, читанному на с'езде врачебных секций в Минске 28 октября 1925.

решать вопросы диагностические и терапевтические по разным специальностям.

Если обратиться к прошлому, то можно сказать, что в общем и целом тип старого земского врача во многом удовлетворял специфическим особенностям деревенской обстановки. Наши медицинские факультеты должны быть наполовину удовлетворены, когда им удастся выпускать врачей с такой же квалификацией, с таким сознанием ответственности, с той же общественной жилкой, как прежние земские врачи. Мы не забываем „миллиона терзаний" Вересаевского типа, мы не закрываем глаз на все дефекты подготовки прежних врачей, но мы с благодарностью вспоминаем о блестящей роли, которую сыграли выдающиеся русские земские врачи, составляющие гордость русской медицинской науки. Воспитанники медицинских школ в университетах, они принимали самое деятельное участие в решении научно-профилактических задач, связанных с улучшением санитарно-медицинского дела в деревне. Они на местах являлись достойными представителями медицинской науки, которым крестьяне доверяли свою жизнь и здоровье, и равным которым мы мало встречаем среди врачей запада.

Обстановка, среди которой приходится работать нашим участковым врачам, во многом отличается от прежних условий земской работы.

С одной стороны, сознательность крестьян и рост их культурных потребностей ставит гораздо более строгие требования к врачам. С другой стороны, курс на общий культурный под'ем страны ставит пред правительственными и общественными органами новые широкие задачи по улучшению и оздоровлению быта и труда. Профилактическое направление не было чуждо и прежней земской медицине. Но тогда не было того государственного и общественного размаха в этом направлении как теперь. Единичные земства делали, что могли в условиях времени. Руководящими нитями были все же не интересы крестьянства, а интересы помещиков и дворян. Теперь же сдвиг совершается грандиозный. Революция быта и наших культурных условий только начинается. Мы, врачи, должны находиться в первых рядах борцов за пересоздание, за переворот всех наших подгнивших вековых „некультурных" устоев, которые являются наследием тьмы и рабства. Дело нас, врачей, связать переворот в культурных условиях нашего бытия с улучшением жизни и здоровья, с улучшением рода и поколений. И сельский врач на своем посту должен быть авангардом, наиболее смелым, наиболее находчивым, наиболее всесторонне образованным, наиболее вооруженным всем тем, что дает наука для борьбы за лучшие культурные условия.

Конечно, все наши порывы не раз будут терпеть жестокие поражения от несоответствия темпа культурного под'ема нашим чаяниям. Тому, что такое культура, учил некий английский садовник некоего американского фермера. Последний жаловался, что несмотря на все свои старания ему не удается получить в своих имениях такие замечательные газоны, которыми справедливо гордится Англия. Английский садовник его утешал словами: „вам нужно лишь вспахать землю и посеять траву. Когда последняя начнет расти, ежедневно ее поливайте по два раза, а два раза в неделю подстригайте. Делайте так изо дня в день и будьте спокойны, лет через 200 у вас будут газоны не хуже наших английских". Не хочется думать, что в наш век электричества, при наших методах управления, темп культурного под'ема деревни будет столь же медленный, как культура английских газонов. Мы знаем из личного опыта, как проведение электричества, улучшение дорог,

меры оздоровительные, школьное строительство в короткий срок делает местность неузнаваемой.

Стоит хотя бы вспомнить о невероятном росте американских городов, чтобы получить представление о возможных темпах культурного развития. Темп впрочем диктуется не темпераментом населения, а экономическими и финансовыми возможностями. Предусмотреть его нельзя. И сельский врач должен обладать не только величайшим запасом знаний и умственных сил, но и значительной моральной и этической выдержкой, терпением. Он должен помнить, что работает не только для сегодняшнего, но и для завтрашнего дня.

Медицинский факультет, ставя одной из важнейших своих задач подготовку сознательных, ответственных сельских медицинских работников, прежде всего сталкивается с вопросом о человеческом материале, который поступает в его распоряжение для обработки. Надо высказать совершенно открыто, что как раньше, так и теперь далеко не все, попадающие на медицинский факультет, действительно годны и достаточно подготовлены для университетского курса. Нужно подчеркнуть, что теперешняя студенческая молодежь подкупает своей близостью к широким массам своим энтузиазмом, своим необыкновенным рвением к знаниям, своим стремлением приложить свои знания для общественной медицинской работы. С их приходом в университет повеяло подлинной стихийностью широких масс, желающих сами устраивать свою жизнь. Но необходимо признать, что большей части новых питомцев университета не хватает общего развития. Недостаточна их подготовка в предварительных физикоматематических и биологических дисциплинах. Для подготовки хороших участковых врачей настоятельно необходимо значительно улучшить постановку преподавания в девятилетке и в особенности на рабфаке. Хороший сильный рабфак—необходимое условие для успешной работы медицинского факультета. Его программу надо углубить и расширить. Ее надо довести до уровня не ниже требований прежних средних школ. Необходимо также улучшить на нем преподавание общественных предметов, диалектического материализма, истории партии и т. п., чтобы разгрузить учебный план медицинского факультета. Необходимо также ввести обязательное или хотя бы факультативное изучение одного нового языка, без чего немыслимо занятие наукой. Необходимо, наконец, дать желающим возможность изучать и латинский язык, знание которого облегчает изучение медицинской науки. Медицинский факультет Б. Г. У. с удовольствием следит за значительными достижеиими рабочего факультета Б. Г. У. и обещает и для себя большую пользу в смысле успешности и улучшения работы подготовки хороших сельских врачей. В этом отношении крайне важным является и тот факт, что за последние годы в значительной своей части студенты Б. Г. У. комплектуются из уроженцев сел, деревень и местечек. Они явятся мощным активным фактором поднятия культуры нашей деревни.

Чему должен обучать медицинский факультет своих питомцев? И что такое медицина, искусство или наука, или профессия? Говорят, что математика, физика – науки, а медицина—не наука. Но так говорить, значит не уловить самого существенного признака науки. Наука—это прежде всего углубление и организация наших знаний о внешнем мире. Фельдшеризм также оперирует со знаниями. Но он знает лишь факты, отдельный факт для него не связан с другими. Наука не довольствуется знаниеми фактов. Она их об'ясняет, сопоставляет и обобщает, классифицирует. В умении находить в окружающих фактах общее, анализировать и синтезировать действительность, осмышлять ее и состоит сущность научного метода. Ясно, что это есть метод и медицины, как научной, так и практической. Постановка диагноза,

еще более прогноза (предвидение!), устранение моментов вредных и т. д. и т д.—конечно, это научный метод. Вырабатывать хороших практических врачей значит воспитать научно мыслящих врачей, которые хорошо ориентируются в окружающем. Медицинский факультет не может в преподавании исчерпать все возможные симптомокомплексы, но не может обхватить всего многообразия комбинаций явлений, этиологических факторов, медицинских мероприятий, которые бесконечны, как бесконечно разнообразна и сама жизнь. Поэтому важнейшей задачей медицинского факультета остается приучение студентов к научному подходу, к научному мышлению. Без него нет хорошего врача, нет возможности дальнейшего совершенствования.

Каждая эпоха, каждый исторический момент имеет свою научную систему, свои научные установки. Свой материал наука черпает из окружающей жизни. Ведь мы определили науку как организацию знаний об окружающей жизни Но наши знания растут. Наши представления об окружающем мире, о взаимоотношениях его с человеком, этиологических факторах заболеваемости, о методах более рациональной борьбы за жизнь и здоровье углубляются. Старые системы медицины, старые методы подхода меняются Новые формы жизни требуют нового осмышления, нового подхода, пересмотра того, что казалось незыблемым. И плох тот университет и тот медицинский факультет, который не следит за меняющейся жизнью, который не улавливает подземных перемен, происходящих кругом, который закрывает глаза и уши на требования, пред'являемые вечно меняющейся жизнью.

Современное профилактическое направление в медицине, широкой волной распространяющееся и на западе и у нас, не может не найти своего отражения и в программах медицинскаго факультета. В связи с этим медицинский факультет, готовя врачей для участка, где профилактическая медицинская работа должна играть важнейшую роль, должен особенно углубить изучение этиологических факторов заболевания. Уже на основном отделении изучению общебиологических, физикохимическях свойств этих факторов должно быть придано особое значение На клиническом отделении связь разнообразных влияний внешней среды с заболеваниями должна выдвигаться на первый план. Значение условий быта и труда для заболеваемости, столь давно уже всем хорошо известное, должно получить конкретное, исчерпывающее, математическое определение в виде формул. Особенно основательно должно быть поставлено изучение дисциплин чисто профилактических, как микробиология, социальная и экспериментальная гигиена. Из специальных клиник детская, отчасти нервная с особенным правом могут быть причислены к профилактическим кафедрам. Наиболее глубоко погрешности и отступления от нормы сказываются в особенности на растущем организме и на особенно чувствительной нервной системе. Поэтому особенное внимание должно быть уделено проблеме охраны детей и забота о нервном здоровье.

Проблемы для научной обработки, как уже говорилось, должны быть взяты из окружающей жизни. Практическая жизнь должна пробиваться через все поры медицинского факультета для того, чтобы студенты уже в университете приучились к конкретной обстановке, среди которой придется им работать как участковым врачам. Они вместе с тем должны приучиться к тому, чтобы к явлениям конкретной жизни подойти с научной меркой. Это осуществимо при условии теснейшей связи медицинского факультета со всеми учреждениями и органами здравоохранения. Выделение некоторых теоретических учебно-вспомогательных учреждений в отдельные единицы, конечно, неизбежно. Но в общем вся масса клиник и институтов должна быть влита в общую сеть здравоохранения, в которой они должны

играть крупную роль. Таким только путем будущие участковые врачи уже на школьной скамье знакомятся с условиями больниц, амбулаторий, поликлиник, диспансеров, санаторий, учреждений охматдета, санитарно-гигиеническими работами, санитарной статистикой и т. д. и т. д. Руководители кафедр с другой стороны все время следят за меняющимися потребностями жизни, подвергают их научному анализу, уделяют им должное внимание при преподавании и при научных работах. Опасение, что медицинский факультет превратится таким путем в чисто профессиональную школу, выпускающую ремесленников, совершенно беспочвенно, так как подготовка хороших практических врачей совершенно немыслима без основательной научной подпочвы.

И так медицинский факультет должен так построить свою программу и свои методы, чтобы будущий участковый врач уже в университете как можно ближе подошел ко всем типам учреждений здравоохранения, ознакомился со всеми проблемами здравоохранения и научился, как подойти к их разрешению со строго научными методами. Не должно быть пропасти между учением на факультете и практической жизнью. Случаям клиническим, часто встречающимся должно быть отведено особенно важное место. Но и все прочие клинические формы должны быть изучаемы, так как клиника очень многое может дать для понимания физиологии, биологии и патологии вообще.

Важнейшим условием подготовки хороших участковых врачей является предоставление студентам возможности все свое время посвятить учению. К сожалению, большая часть студентов отвлекается от учения посторонней службой и также многочисленными общественными работами. Необходимо последние свести к минимуму, а от необходимости служить студентов совершенно освободить. Существующие стипендии далеко недостаточны и число их невелико. Одному государству не по силам содержать достаточное число студентов. Необходимо, чтобы заинтересованные в подготовке хороших участковых врачей исполкомы учредили достаточное число хороших стипендий для студентов медиков, которые по окончании курса обязались бы служить на данном участке. Также и наши хозяйственные органы, кооперации, тресты и т. д. заинтересованы в том же и в этом отношении должны выступать в активнейшей роли путем учреждения стипендий. В прошлых университетах не малое число студентов получали стипендии от земств, от различных „меценатов“, даже от отдельных ведомств. Неужели в настоящее время сознание необходимости поддержки студентов в этом отношении еще не получило столь широкого распространения?. А между тем это одна из самых коренных проблем современных университетов и в особенности медицинских факультетов, на которых студенты должны работать безотлучно в течение буквально целого дня.

От отдельных организаций должна также исходить помощь медицинским факультетам для улучшения постановки преподавания, для улучшения клиник и лабораторий, для снабжения их книгами, для назначений премий за научные работы как студенческие, так и преподавателей, для организации экскурсий в Россию и особенно и за границу для ознакомления с высокой культурпой техникой запада вообще и деревни в Европе в особенности. Ознакомление с культурно-технической и санитарно-гигиенической обстановкой деревни на западе, для будущего культурного деятеля на участке и особенно для врачей буквально необходимо. А между тем у государства не хватает средств на эти важнейшие стороны преподавания. Все требования факультетов на эти нужды немилосердно были отвергнуты высшими органами

за отсутствием средств. Местные самоуправления, хозяйственные органы обязаны пополнить этот существеннейший пробел.

Важнейшей проблемой подготовки хороших высоко квалифицированных участковых врачей является вопрос о проверках их знаний. Экзамены и зачеты сводятся обычно к тому, что студенты к концу учебного года совершенно почти забрасывают занятия в лабораториях и клиниках и готовятся к зачетам и экзаменам. Необходимо добиться того, чтобы книги, а не конспекты, изучались в течение всего учебного года одновременно с практическими работами и лекциями. Преподаватели, в том числе и профессора должны в течение всего года быть настолько близкими к студенческим практическим занятиям, чтобы иметь возможность судить об успеваемости, помочь неуспевающим, вызвать в студентах максимум активности, по возможности задавать им темы и т. п. И здесь почти непреодолимым препятствием является недоступность книг для студентов отчасти из за их дороговизны, отчасти и за отсутствием достаточных учебников на русском языке И в этом отношении необходима неотложная помощь. Если удалось хорошо поставить дело проверки в течение всего года, можно было бы держать курс на постепенную отмену экзаменов.

Можно ли считать молодых врачей, кончающих медицинский факультет, уже достаточно подготовленными для службы на участках даже при самых лучших учебных программах и самых лучших методах преподавания и проверки? Думается, что нет. По окончании медицинского факультета необходима дальнейшая чисто практическая подготовка в виде стажирования. Последнее следует проводить только при благоустроенных лечебных учреждениях различного типа. Ему нужно придать характер не отбывания формальной повинности, а обставить его так, чтобы молодые врачи действительно научились самостоятельно разрешать научно практические проблемы медицины. При условиях Белорусской действительности трудно требовать представления дипломной работы. Для этого слишком недостаточно число хорошо поставленных медицинских учреждений.

Наконец, последним звеном в подготовке сельских врачей является цель мероприятий, которые должны сводиться к тому, чтобы дать возможность врачам на местах продолжать свое научное развитие. Для них надо создать условия научной работы. Для этого вовсе не требуется сложных лабораторий и аппаратов Но во всяком случае необходимы микроскоп и принадлежности к нему, библиотека, кое какие клинические аппараты. Необходимы периодические курсы по переподготовке и периодические научные с'езды.

К вопросу о научном усовершенствовании участкового врача *).

Д-р С. Р. Дихтяр.

Советское здравоохранение вышло, по храйней мере, выходит из периода элементарного строительства или строительства элементов медико-санитарной организации. Первичная помощь в отдельных случаях уже не может удовлетворить ни обслуживаемого населения, ни органов здравоохранения, ни самого врача. Социальная медицина во всей совокупности жизненного ее многообразия: оказание квалифицированной медпомощи, социальная терапия индивидуума и широкие профилактические мероприятия—вот поле деятельности современного участкового врача. И совершенно правильно профессор Данилевский указывает: „Сравнительно с врачебным искусством эта новая область служения медика отличается своей сложностью, многосторонностью и трудностью своих задач в их практическом осуществлении. Чтобы удержаться на высоте своего призвания при указанных условиях врачу необходима широкая основательная научная подготовка, без которой ему легко опуститься до уровня простого техника и ремесленника, действующего более по глазомеру, по чутью, по грубо эмпирическому опыту". Замена глазомера, чутья, эмпирического опыта научным методом—такова, естественно, задача органов здравоохранения и, надо думать, основная цель всякого врача. Недаром часто приходится слышать от нежелающих ехать на участок врачей, что главная причина этого—невозможность вести на участке научную работу.

В чем должна заключаться научная работа участкового врача и возможна ли она, в чем должно заключаться научное усовершенствование участкового врача - вот, нам кажется, те вопросы, которые следует разобрать, потому что они в конечном счете имеют совершенно практическое значение при определении характера курсов, которые организуются Наркомздравом.

Обычно проводят вообще разграничение между научной, теоретической медициной и практической, и такое разграничение можно найти как в старых, так и в новейших работах по этому вопросу. Так, д-р Бернадский в свой интересной книжке „Сущность и граница медицинского знания" пишет: „Задача науки заключается в наблюдении и констатировании фактов, в об'яснении их, в нахождении между ними взаимной и причинной связи, наконец, в открытии общих истин, научных законов—и все это, без всякого расчета, полезно ли это с материальной стороны или нет.

Профессор Чиж находит, что „Специальной логики медицины, как науки, быть не может. Врачу, интересующемуся логикой медицины, следует изучить главы логики, трактующие о методологии естествознания. Но медицина, конечно, не только теоретическая дисциплина, и практическая медицина, т. е. применение медицинских знаний у кровати больного, имеет неоспоримое право на самостоятельное существование". Далее: „Клиницист должен лечить больного, а не болезнь, индивидуализировать, т. е. определить не только то, что типично для

*) Доложено Белорусскому с'езду врачсекций в ноябре 1925 г.

данной болезни, но и то, чем данный случай отличается от всех остальных, определить то, что имеется только у этого больного. Такого требования к ученому пред'явить нельзя, и потому клиницист, индивидуализирующий своих больных, а благодаря этому лечащий не болезнь, а больных, естественно становится „по другую сторону“ науки. В науке нет того процесса, который обязателен, или по крайней мере желателен у кровати больного. Чтобы индивидуализировать необходимы совсем другие психические процессы, чем те, которые происходят при научном мышлении“ „(Методология диагноза)“.

Таким образом, доведенное до логического конца, разграничение между научной деятельностью и практикой становится непроходимо принципиальным, независимо от того, где врачебной деятельностью занимаются: в городе ли с прекрасно обставленными лабораториями, или на селе. Однако, нам кажется, что подобное разграничение ни для города, ни для села не вполне правильно и основано на смешении процесса научно-медицинского мышления с проявлением этого мышления во вне, с реальными результатами его. А с этой точки зрения медицинскую деятельность приходится разграничивать совсем по другой плоскости, которая определяется самим состоянием наших современных медицинских знаний.

Мы имеем, с одной стороны, громадные успехи, твердо установленные, как всякий естественно научный закон, в области познания сущности болезни, а с другой стороны, крайне ограниченное продвижение в области лечения. Можно поэтому утверждать, что пока речь идет о понимании болезненного процесса, научно-медицинская деятельность возможна как при теоретической разработке вопросов, так и у постели больного. Что касается врачевания как такового, то оно вообще слабо научно обосновано за немногими исключениями.

Мы здесь не намерены вдаваться в тщательные поиски причин, почему терапевтика так еще эмпирична, но считаем не безинтересным привести два мнения. Цитированный уже д-р Бернадский об'ясняет: „Кошмар утилитаризма задерживал и затруднял развитие медицины, как это и доказывает ее история. Это отрицательное влияние и исчезнуть не может, ибо требования больных людей всегда остаются теми же самыми и всегда производят давление на направление науки“.

Второе об'яснение, которое приведено у проф. Блейлера в его известной книге об автоматически недисциплинированном мышлении в медицине, черпает свои доводы не в социальной среде, а а психологии врачей По мнению Блейлера, не научность врачевания сказывается в стремлении во что бы то ни стало что-либо назначить пациенту, в теоретизировании („это требуется теорией“), в близорукости (борьба с симптомами, не заботясь о всем организме), в традиционности, в сопротивлении всему новому и в врачебной моде.

Как бы ни относиться к этим об'яснениям, все же нет никакого сомнения, что лечение остается в значительной степени терапевтическим искусством. Между прочим это подтверждается и историей смены разных терапевтических школ: кровопускание („Наполеон опустошил Францию, а Бруссе ее обескровил“), Венская фармацевтическая школа“ (энтузиазм голландца Бургава по поводу действия лекарств), терапевтический нигилизм Дитля и т. д. Пока не лишены основания слова, сказанные Скода: „Мы сможем распознать, описать и понять болезнь, но не будем обольщать себе надеждой, что мы в состоянии излечить ее каким-либо средством“. Во всяком случае, нам хорошо известно, что популярность того или иного врача не находится в прямой зависимости от его действительных знаний. Когда знаменитого Труссо спросили, что нужно для развития хорошей практики, он от-

ветил: „Много здравого смысла, немного такта и смелости“. — „А знание?“.—„Знание... Да, оно может иногда пригодиться“.

Все эти соображения правильны, когда мы говорим о лечении индивидуума и, главным образом, о фармакологическом лечении. Наряду с этим мы здесь подчеркиваем крайнюю важность многих терапевтических мероприятий, которые знать необходимо всякому лечащему врачу. Но от этого не меняется наше отношение к терапевтике в означенном смысле. Другое совершенно дело, когда мы говорим о социальной терапии, выдвигаемой современной медициной. Очевидно, тут уж дело не в манипуляции, процедуре или рецепте, которым можно научиться и которые не трудно запомнить. Рациональная социальная терапия индивидуума и тем более общепрофилактическая работа в широком смысле этого слова требует, конечно, большого умения анализировать социальную среду, ориентироваться в ней, следовательно, и изучать ее, так как социальная среда очень сложна, всегда динамична. Теперь не приходится уже ограничиваться общими фразами о профилактике, об общественной работе, о врачах общественниках и т. д. Новые методы медицинского обслуживания имеют научное обоснование и вполне конкретное содержание, и их нужно знать всякому врачу, который действительно хочет социально терапевтическим вмешательством влиять на оздоровление населения вообще и каждого больного в отдельности.

Таким образом, целью научного усовершенствования участковых врачей не может стать „искусство лечить“ в старом значении этого понятия, а прежде всего умение распознавать, овладение методами исследования—лучше даже сказать просто—научиться познавать болезнь. Только действительное познание болезни (распознавание может быть сделано и эмпирически, на основании симптомов), определение причины ее, знание условий ее возникновения, изменений в организме, отделение главного от второстепенного—все это есть действительно научная работа, совершенно независимо от того, последует ли за этим та или иная пропись, та или иная процедура или описание случая в журнальной статье. Вовсе не требуется и практически невозможно, чтобы участковый врач был всесторонним специалистом в смысле владения всеми известными сейчас способами лечения, но необходимо, чтобы он во время умел направить к специалисту.

Вторая задача при научном усовершенствовании врачей заключается в ознакомлении их с методами социальной диагностики и терапии.

Теперь можно легче разобраться во втором вопросе, поставленном вначале—возможна ли на участке научная деятельность врача. В сущности мыслимы только два затруднения: тяжелые об'ективные условия—отсутствие лабораторий, инструментария, аппаратов, литературы, и невозможность проведения в жизнь социально-гигиенических и социально-терапевтических мероприятий. Что касается первого затруднения, то, не отрицая его серьезности, нужно указать, что условия все-таки значительно улучшаются уже сейчас и будут улучшаться еще больше в будущем. Кроме этого важно знать о начинающейся реакции против крайнего увлечения лабораторно-инструментальными методами исследования. Д-р Рудницкий*) приводит ряд не безинтересных соображений и ссылок на многочисленных авторов в этом смысле. Не приходится отрицать, что отсутствие лабораторий не представляет непреодолимого препятствия для научной работы.

„Наблюдать можно всегда, и плох тот работник, который жалуется на несовершенство своих инструментов“ говорит Грегори („Откры-

*) „Недисциплинированное мышление в медицине“.

тия, цели и значение науки“). Конечно, мы знаем, что участковый врач говорит не о сложном инструментарии и аппаратуре, а об элементарной лаборатории, но основа научной работы все-таки—наблюдение, понимание сущности взаимоотношений и причинной связи явлений, как говорит проф. Сахаров в своей последней монографии: „Биологические методы и перспективы в современной медицине“.

С социально-гигиеническими и терапевтическими мероприятиями дело обстоит далеко не безнадежно. Не приходится говорить о широчайших возможностях и потребностях в обследовательской и изучательской работе. Уже земский период показал, как много научно-важного и практически ценного в этой области можно сделать. Но и возможность текущих практических достижений в этой области далеко не исключена. Экономические, а следовательно, и культурные условия, улучшаются; наблюдается даже спрос на социально-гигиенический совет—все дело в том, чтобы участковый врач был умелым консультантом как при общих мероприятиях, так и при индивидуальной терапии.

Быть может, мы слишком долго задерживались на обосновании того, чего мы можем требовать от участковой работы, а тем самым и того, какими должны быть те курсы по усовершенствованию, которые сами по себе больше всего, вероятно, интересуют врачей. Нам думается, что более ясное представление о задачах, которые ставят перед собой органы здравоохранения, и которые могут, по нашему мнению, стоять перед врачами, будет не бесполезно. Итак, эти задачи таковы: усовершенствование методов познавания болезней (применительно к имеющимся на участке средствам) и овладение методами социальной диагностики и терапии. В соответствии с этими задачами наиболее целесообразно проводить курсы усовершенствования по следующей программе: все врачи должны будут проработать методы социальной гигиены, патологическую анатомию и микробиологию, а затем намечается работа по двум уклонам—хирургически-гинекологическому и терапевтически-педиатрическому. Разумеется, эти уклоны могут подвергнуться большим или меньшим изменениям в зависимости от интересов врачей, которые попадут на эти курсы. Важно лишь подчеркнуть, что эти два уклона наиболее естественны и вероятно больше всего отвечают потребностям участковой деятельности. Не следует забывать, что на курсы ведь попадут врачи с более или менее продолжительным стажем.

Вот самое важное, что, по нашему мнению, должно быть уяснено и интересно для врачей. Мы не сомневаемся, что курсы по той программе, которая для них намечается нами, помогут врачам ориентироваться в природе и обществе. В результате должно явиться более конкретное и деятельное участие врачей в регулировании общественной и государственной заботы о здоровьи населения. В этом—сущность науки по определению Витфогеля, следовательно, и сущность научной медицинской деятельности, и главное,—в этом социальная функция научно-образованного врача.

Условия труда и быта сельских врачей Белоруссии.

(Доклад на конференции секции врачей Минского округа 11/XI—25 г.).

Ассистент нервной клиники Б. Г. У., М. А. Хазанов.

Советская общественность выдвинула перед интеллигенцией в целом, а перед врачебной массой в частности, ряд задач, выходящих далеко за пределы узкой специальности. Особенно большие задачи возлагаются на сельского врача, который должен быть не только искусным лекарем, но и оздоровлять условия быта и жизни крестьян, служить проводником идей советской общественности, принимать активное участие в советском строительстве и содействовать поднятию культурного и экономического состояния деревни. Проведение этих многосложных задач на селе в условиях суеверия и знахарства требует от врача, кроме знания своего дела, еще максимума напряжения, настойчивости и, особенно, общественного подхода. Попытаемся же проследить как живет, работает и проводит свою деятельность сельский врач.

На основании анкеты произведенной среди врачей Белоруссии мы получаем следующую картину: *)

Всего получено заполненных анкет от 62 сельских врачей, обслуживающих 39 больниц и 23 врач. пункта. По возрасту: 22 чел. до 30 лет, 26чел. от 30—40 лет и 14 от 40 до 60 лет. Белоруссов и великороссов—36, евреев—26, мужчин—42, женщин—20.

По врачебному и участковому стажу они распределяются:

Врачебный стаж.			Участковый стаж.	
До 2-х лет	12 чел.	(27%)	До 1 года	30 %
„ 3 „	7 „	(9 „)	„ 2—3 „	28 „
„ 6—9 „	22 „	(32 „)	Свыше 3 „	42 „
„ 10—20 „	21 „	(32 „)		

Как видим, большинство врачей, (64%) на наших участках имеет значительный врачебный стаж (6—20 лет) и почти половина (42%) достаточный участковый стаж. До участковой работы работали в больницах или служили в Красной армии 65%, стажировали короткое время в клиниках 20%, а приступили к работе непосредственно с университетской скамьи всего 15%.

I. Обстановка и условия работы.

Радиус участков—22 версты в 25%, 25—27 верст в 25%, а в 50% доходит до 30—35 верст. Количество обслуживаемого населения только в 1 районе 20.000, в 3 районах по 30.000, в 2 по 35.000, в 3 по 40.000, а в 2 от 43—48.000.

*) Не получены анкеты из Бобруйского и Слуцкого Округов.

Количество обслуживаемых больных следующее.

Амбулаторный прием.

	По анкетам.		По данным Здравотделов.	
	Количество.	В %%.	Количество.	В %.
Средняя суточная посещаемость.	40—50 60—70 80—100	55% 23 „ 22 „	41—47 48—57 —	63% 37 „ —
Средняя . .	—	—	49—50	—

В среднем участковые врачи обслуживают ежедневно 49—50 амбулаторных больных и 10—12 коечных больных. Помимо этой работы совершают выезды в месяц.

По анкетам:	Продолжительн. выездов:
2 3 выезда 18%	4— 6 час. —75%
10—15 „ 45 „	6—10 „ —18 „
15 20 „ —37 „	Свыше 10 „ — 7 „

Расстояние в верстах:

5—10 верст—75%
10—12 „ —14 „
12—25 „ —11 „

Кроме этих выездов, совершаемых исключительно на крестьянских подводах, еще многим врачам приходится делать пешком в местечках посещения на дому Среднее количество посещений на дому по данным анкет 3 — 4 ежедневно или 97 в месяц. Из общего количества выездов попадаются ежемесячно от 1 до 6 напрасных выездов, б. ч., в 66%, эти вызовы обусловлены недостаточно сознательным отношением населения к медпомощи, а в 34% вызовы к хроникам. Врачи обслуживают кроме того еще все сельские школы своего участка

Колич. обслуж. школ.	% врачей.	Расстоян. от одной школы до другой в верстах.	% школ.
5	16%	4 версты	50%
28	42 „	6—8 „	37 „
47	28 „	Больше „	13 „
50	14 „	—	—

В результате возложения обслуживания такого большого количества школ на врачей, школьно-санитарная работа на селе оставляет желать много лучшего.

Сверх этих обязанностей участковым врачам приходится довольно часто выезжать на судебно-медицинские вскрытия, производить всякие обследования (подростков, пионеров и др.), обслуживать пионеров, участвовать в разных комиссиях (В. К. К.) и т. п.

Общественно-культурная и профилактическая работа выражается в следующем:

Принимают участие в избе-читальне 40%
„ „ „ сельской кооперац. . 25 „

Принимают участие в Коимт взаимопом. . 22 „
„ „ „ клубной работе . . . 62 „
„ „ „ Райместкоме . . . . 62 „
„ „ „ Райпрофбюро . . . . 25 „
„ „ „ устных и стенных газетах . . . . 38 „

Не принимают нигде участия „пассивны—2 человека.
Лекции читают 95% всех врачей, причем

2— 3 раза в месяц читают 46% } 81%
4 „ „ „ „ 35 „
5— 6 „ „ „ „ 10 „
8—10 „ „ „ „ 9 „

Лекции отнимают в месяц

5— 7 часов у 30% } 85%
9—12 „ „ 55 „
12—20 „ „ 15 „

Как видим наши сельские врачи активно участвуют в общественно-культурной и санпросветительной работе.

Состояние участков и больниц в смысле снабжения:

	Медикаментами.	Инструментарием.	Бельем.	Оборудованием.
Удовлетворительное	75%	40%	20%	30%
Достаточное	25 „	—	—	18 „
Слабое	—	40 „ } 60%	35 „ } 80%	30 „ } 52%
Недостаточное	—	20 „	35 „	22 „
Плохое	—	—	10 „	—

Ремонт б-ниц в 75%) производился в текущем году, причем из них в 86% капитальн., а в 14% мелкий. Обстановка работы в 44% удовлетворительная, в 13% хорошая, в 13% неудовлетворительная, а в 34% тяжелая.

Работа страдает из-за целого ряда условий: из-за отсутствия завхозов жалуются 37%, из-за малочисленности штата (87%), неопытности его (25%), отсутствия спецодежды (25%), прозодежды при раз'ездах (60%), из-за того, что многие распоряжаются (РИК, Райпрофбюро, Сельсовет, Милиция и друг. (33%), из-за отсутствия заразных бараков, а отсутствие средств передвижения отражается как на мед., так и на общественной и санпросвет. работе.

Взаимоотношения с населением у 70% хорошие, у 10% мирные, у 15% удовлетворительные, а у 5% сносные.

Взаимоотношения с профессиональными, с советскими и общественными организациями в 67% хорошие, в 15% удовлетворительные, в 14% (в 2 районах) неважные, из последних в 1 районе весьма натянутые.

Интересно еще отметить отношение населения к профилактической работе: „Население чутко прислушивается к собеседованиям" пишет один врач, „за последнее время требования населения к врачу повышаются, об'яснить это можно усиленной работой по санитарии и профилактике" пишет другой.

II. Бюджет сельского врача.

Бюджет сельского врача в месяц по данным анкеты и обследования на месте получается следующий для 4 категорий врачей: Завед. больницей—семейный, 2 врач стажер, 2-й или участковый врач со стажем и одинокий амбулаторный врач.

	Зав. больн. семейный (4 чел.).		2-й врач стажер (семейн.).		Уч. врач. со стаж. сем. (5 чел.).		Одинокий врач (амбулат.)	
	Руб.	%%	Руб.	%%	Руб.	%%	Руб.	%%
ДОХОД:								
Жалованье	54	90	54	100	45	58,8	54	80
Доход с домашнего хозяйства	6	10	—	—	—	—	—	—
Частная практика	—	—	—	—	15	18,7	3	4,5
Продажа вещей	—	—	—	—	18	22,5	—	—
Рабочий кредит	—	—	—	—	—	—	10	15,5
Всего	60	100	54	100	78	100	67	100
РАСХОД:								
Квартира	—	—	10	13,6	10	12,6	7	9,4
Дрова	5	6,5	4	8,4	7	8,8	2	5
Вода и освещен.	3	4	2		1-20	1,6	1-80	
Питание	40	52	40	55	40	50 2	22	29,3
Одежда и обувь	7	9,2	12-50	17	12-50	15,8	10	13,1
Курение и спиртные напитки	2	2,6	—	—	—	—	—	—
Передвижение	5	6,5	—	—	—	—	3	3,9
Прислуга и проч. мелкие расходы	10	13	—	—	5	6,4	—	—
Газеты	1		1		80		1	
Журналы	2	6,2	40	5	75		75	4,8
Членск. взносы	1-80		1-90		1-60	4,6	1-80	
Стирка белья	—	—	1-50	2	—		2	2,8
Клуб, театр	—	—	—	—	45		1	1,4
Содержание родн.	—	—	—	—	—	—	10	13,1
Уплата по кредит	—	—	—	—	—	—	13	17,2
Всего	76-80	100	73-30	100	79-30	100	75-35	100

Как видим расход сельского врача семейного составляет в среднем 76 руб., одинокого 62 р, доход же состоит в размере 95% из жалованья, составляющее в среднем 54 руб., разница же между доходом и расходом восполняется у 75% путем долгов, причем размер долгов составляет у 67% 100 рублей, у 17% 160 руб., а у 16% доходит до 800 руб. Домашнее хозяйство имеют в виде коровы, 1/8 дес. огорода, только 10%. Частную практику имеют только 35%, остальные 65% никакой практики не имеют или почти не имеют. Причем размер частной практики составляет у имеющих ее 3—7 руб. в месяц (в 60%), 15—20 руб. у 40%.

Приводим еще для сравнения данные бюджета врача по материалам ЦК нашего союза по Москве, Ленинграду, Тифлису и др. (см. „Мед. Работник" № 18 и 20—1925 года).

Доход врача составляет 154 р. в Москве и 96 р. в Тамбове. В статьях расхода питание составляет 42,5%, у наших же сельских врачей 52%; жилище и отопление 17,2%, у нас 10—22%; обувь и одежда 12,1%, у нас 13%; культнужды 5,2% у нас—6%.

III. Нагрузка сельского врача и охрана его труда.

Трудовой день, по заявлениям многих сел./врачей, не укладывается в определенный тип и почти не поддаетса учету, однако же некоторые типы фактического трудового дня удалось получить по анкетам; приводим 4 типа (анкеты давали сведения о распределении трудового дня в течение 1 недели):

I. Участковый врач.

С 5 час. утра до 1 час дня—выезд на патолог. роды.
От 1 — 4 час. дня—прием больных.
„ 4 — 5 „ „ —о б е д.
„ 5 — 8 „ веч.—посещение больных.
„ 8 — 9½ „ „ —л е к ц и я.
„ 9½—11 „ „ —ужин, чтение газет.
„ 11 — 7 „ утра—с о н.

II. Зав. больницей.

(Особо тяжелый день).
6 час. утра—экстрен. помощь.
8 „ „ —завтрак.
9 „ „ —хоз. дела б-цы.
10—12 „ дня—обход б-цы.
12— 4 „ „ —прием больных в амбулатории.
4— 5 „ „ —о б е д.
5— 8 „ веч. —посещен. б-ных, застрахованных на дому.
8— 9 „ „ —вечерний обход больницы.
9—10 „ „ —лекции, клуб.
10—11 „ . —ужин, чтение газет.
11— 1 „ ночи - с о н
1— 3 „ „ —экстренная операция.
3— 7 „ утра—с о н.

III. Зав. больницей.

8 часов утра—завтрак.
9—11 „ „ —обход больницы.
11— 1 „ дня —экстренный выезд.
1— 4 „ . —амбулаторный прием.
4 - 6 „ веч —обед, отдых.

6 8 часов веч. —посещен. больных.
8—10 „ „ —кооперация, клуб, лекция.
10 „ „ —у ж и н.
10—1 „ ночи —наложение щипц., патолог. роды.
1—8 „ утра —с о н.

IV. 2-й врач (женщина).

7 часов утра – встает.
7 — 9 „ „ —уборка комнаты, пригот. обеда, кормл. ребенка.
9 „ „ —з а в т р а к
10 — 2 „ дня —больница и амбулаторный прием.
2 — 4 „ „ —экстренные выезды.
4 „ „ —о б е д.
4½— 6 „ веч. —работа по хозяйству, кормление ребенка.
6 — 8 „ „ —посещение больных и вечерний обход больницы.
8 – 9 „ „ —кино, клуб, лекция.
9 – 10 „ „ —ужин, чтение газет.
11 „ „ —7 ч. ут.—с о н.

Работа в общем отнимает у 53% 8—9 час., у 33%—10—12 час, а у 14% даже 12—14 час. ежедневно, из них работа по службе занимает у 12%—7 часов ежедневно, у 46%—8 час., а у 42%—8—12 час. Частная практика у имеющих ее отнимает в средием ½—1 час. ежедневно. Лекции отнимают в месяц у 85%—5—12 час., а у 15%—12—20 часов.

Выходных дней нет вовсе у 11%, „официально есть, а фактически нет“ у 55%, частично имеет 11%, а только 23% имеют 1 выходный день в неделю. Зато ночные вызовы имеются у 88% и только 12% не отмечено. Эти ночные вызовы бывают у 47% изредка (1—3 раз в месяц), у 53% они довольно часты (до 10 раз в месяц).

Отпуска имели почти все (77%) в текущем году, из них половина имела 2-х недельный отпуск, 37%—1 месяц, 13%—10 дней. Большинство провело отпуск дома, почему и не отдохнуло как следует, только один врач воспользовался Домом Отдыха, а другой поехал на курорт. В прошлом году большинство отпусков не имело.

IV. Условия жизни и быта с/врача.

Питание достаточное у 2/3, а у 1/3 совершенно недостаточно. На питание уходит в месяц у 20%—22—24 р. (у одиноких), у 40%—35—40 р. (у семейных), 48 р. у 20%, 60—70 р. у 20%. Меню врача (одинокого) утром: чай, хлеб с маслом, днем обед из 2-х блюд, вечером чай, хлеб с маслом или салом. Меню семейного врача: утром—чай, молоко, хлеб с маслом, детям булка, днем обед из 2-х блюд, вечером—хлеб, чай, масло. За 3 дня у одинокого уходит 1½—2 ф. мяса, 200 грамм жиров. Плохо питаются из за значительного количества иждивенцев: 2-х иждивенцев имеют—25%, 3—4-х—35%, 5—6—40%. Половине врачей приходится ежемесячно посылать своим родным 10 руб. в месяц, а некоторым даже 15—20 рублей. Члены семьи за исключением 4-х случаев не работают, да и то их заработок крайне скудный. Прислуга имеется только у 40%. Прислуга обходится в этих случаях у 60%—5—6 руб. в месяц и является приходящей, помогающей при стирке, у 20%—10 р. и у 20% до 20 руб. Некоторые сельские врачи имеют еще больных иждивенцев. Большая часть врачей не курит, но зато употребляют изредка и умеренно спиртные напитки В отношении одежды и обуви,

таковые имеются по сезону у 23%, а у 77% не хватает, причем у 33% не хватает осеннего пальто, а у 44% зимнего. Имеющаяся одежда и обувь приобретена у 55% давно, у 22% — 6—7 лет тому назад и только у 23% недавно. 2 смены одежды имеет 44%, 1 смену обуви—66%. На обувь и одежду уходит в месяц в среднем 2—4 р. у 40%, 10—15 р. у 40%, 15—20р. у 20%.

Не лучше обстоит дело с бельем.

Имеют:

Носильное белье.			Постельное белье.				Состояние белья.			
3 смены.	4 смены.	5—6 смен.	2 смены.	3 смены.	4 смены.	6 смен.	Удов.	Ниже средн.	Поношен.	Рваное.
32%	33%	35%	28%	30%	28%	14%	50%	20%	10%	20%

Частота смены белья у 87% один раз в неделю, а у 13%—раз в две недели. Стирка белья у 20% производитсл 1 раз в неделю, у 40% —1 раз в две недели и у 40% 1 раз в месяц. Причем стирка у 40% производится прачкой, у 40% домашней работницей, а у 20 — членами семьи.

Жилищные условия следующие: казенную квартиру имеют только 33%, всем же остальным приходится нанимать квартиру, за которую 30% платят по 6 руб. в месяц, 30% по 7 руб. в месяц, а 40% по 10 р. в месяц—22% занимают 1 комнату, 45% — 2 комнаты, 22% — 3 комнаты и 11% — 5 комнат Размер помещения у 16% — 4 кв. аршина, у 26% — 3—4 кв. саж., у 27% 6—8 кв. саж. и у 31% — 12 кв саж. В 1 комнате проживает 2 человека у 16%, в 2-х комнатах 2 человека у 18%, в 2-х комнатах 3 чел. у 25%, в 3-х комнатах 3 чел. — у 25%, в 3-х комнатах 4—5 чел. — у 80%, в 5-ти комнатах—6 чел. — у 8%. Большинство квартир имеет 4—5 окон, состояние же квартир оставляет желать лучшего: у 35% квартиры сырые, а у 49% холодные. Средняя температура 10—12° у 33%, 12% 13° — у 55% и 14°—у 12%. Количество печей у 29% — 1, у 43% — 2, а у 28% — 3. К тому же у 22% крыша протекает, а у 24% она требует окраски. Потолки большей частью высокие и оштукатуренные (55%), средней же высоты у 45%. Пол гнилой почти у половины (45%). Кухня у 79% имеется, а у 21% нет, большей частью кухня общая, а у 29% полутемная. Удобств в квартирах нет, уборные на дворе, водоснабжение ведрами из колодца; чулан, чердак, погреб у 70% имеются. Ремонт квартир производился у 22% — 1 год т. наз. у 22% в текущем году, некоторые за свой счет. Пригодных квартир 55%, непригодных вовсе 34%, требуют ремонта 11%. Из казенных квартир 33% плохие и непригодные, а 67% пригодные. Освещение керосиновое, и только в некоторых районах электрическое. Водоснабжение и освещение обходится у 12% — 1 р. 20 к. ежемесячно, у 50% — 2 руб., у 13% — 2 р. 50 к. и у 25% 3 рубля. Бесплатное отопление получают 20%, все остальные покупают дрова, которые обходятся у 40% — в среднем 4 р. в месяц у 40% — 5 р., а у 20% — 7 руб.

Почти все участковые врачи 95% выписывают газеты, а 44% мед журналы, остальные не выписывают за отсутствием средств. 22% покупают медицинские книги. Из газет: 50% выписывают „Известия ЦИК", 25% — „Правду" и 25—„Звезду" или местную газету. Из медицинских журналов: 12% „Врач. Газ";—25% „Врачебное Дело",— 12% „Вестник современной медицины", 12% — „Медицинский вестник", 30% — „Белорусская Медицинская мысль" и 2% выписывает „Нов. хир. архив." Из проф. журналов многие выписывают: „Медицинский Работник" и некоторые „Проф. рух. Белор". Газеты обходятся в месяц — 20% 80 к, 70% — 1 р, а 10% — 1 р. 80 к. Журналы обходятся у 14% —

45 к в месяц, у 14% 75 к., у 30%—1 р., у 14%—1 р. 25 к., у 14%—2 руб. и у 14% 2 руб. 50 коп.

Кино и театр посещают изредка 3—4 человека, проживающие в более крупных местечках. Свободное от занятий время проводят 1—за научной работой, остальные читают газеты и медлитературу. У 88% чтение отнимает 1—2 часа в день.

V. Правовое положение сельских врачей.

В одном районе 2 участковых врача жалуются на тяжелое положение в связи с неладами с отдельными членами РИК'а, им не предоставляют квартиру, угрожают увольнением, „придираются“. В другом месте „Совхоз претендует на квартиру врача“. В третьем месте врача привлекли к ответственности за то, что он отказывался ночью пойти за 10 верст по требованию Милиции освидетельствовать пьяного. Некоторые заявляют также о том, что судебно-медицинские экспертизы им приходится делать по настоянию судебных властей, бросая всякую работу. В одном районе один врач подвергся угрозам со стороны одного приезжего больного. Часть участковых врачей, отмечая, что за последнее время местная печать стала меньше и реже помещать заметки о врачах, а отсылает их раньше для проверки в Здравотдел, указывает, что в большинстве случаев эта травля необоснована и нередка вызывается личными выпадами отдельных лиц. Многие указывают на вмешательство в больничные дела лиц мало сведущих и безответственных.

VI. Болезненность сельских врачей.

Большинство наших сельских врачей перенесло, состоя на службе, ряд инфекционных болезней: 66% сыпной тиф, 21%—возвратный тиф, 11% брюшной тиф, 1 инфекционную желтуху, 1 дифтерит, 1 сепсис, 3 острый суст. ревматизм, а некоторые крупозное воспаление легких. Состояние здоровья хорошее у 15%, удовлетворительное у 35%, а слабое у 50%. Страдает артерио-склерозом—16%, миокардитом и пороком сердца—16%, тромбофлебитом 16%, туберкулезом 33%, малокровием—16% и неврастений 33%. Больны 1-й болезнью—52%, 2-мя болезнями —38%, 3-мя болезнями—10%.

Сама работа влияет утомляюще на 88%, причем усталость наступает при амбулаторной работе через 3—4 часа. Усталость появляется у 88% в виде головных, рассеянности, „перестаешь здрава выслушивать больных“—пишет один, у 22% наблюдается еще раздражительность, „слух тупеет“, общая слабость.

VII. Удовлетворенность и пожелания сельских врачей.

Удовлетворены своей деятельностью только 10%, все же остальные недовольны ею и условиями своей жизни, причем 60% неудовлетворены из за материальных условий и большой перегруженности, 25% из за отсутствия условий культурной жизни, многие из за малочисленного штата, недостаточного снабжения участков, а 75% жалуется на индифферентное отношение врачей города к нуждам своих сельских товарищей. невозможность повышения квалификации, на „случайный“ характер научных командировок.

В связи с этими моментами 1/8 врачей желает перевестись в город. Большинство высказывает пожелание об увеличении жалованья, периодических научных командировок, уменьшении нагрузки, предоставлении квартир, невыселении из занимаемых и ненаправлении стажеров в качестве Зав. больницами.

Таковы данные, добытые путем произведенной ресбюро Врачсекции анкеты. Нужно, заметить, что эти данные совпадают также с

данными произведенного нами по поручению ЦП Медсантруд обследования быта сельских медработников на месте в Бобруйском округе. В общем наши выводы сводятся к следующему:

1. Сельские врачи осознали в большинстве своем задания возложенные на них Советской общественностью, они б ч. принимают живое участие в поднятии культурного и экономического состояния деревни, участвуют в общественной и профессиональной жизни, работают в избах-читальнях, клубах, кооперации, комитетах взаимопомощи, проводят санпросветдеятельность и вступили на путь профилактических мероприятий. „Пассивных" врачей мало.

2. Взаимоотношения с населением большей частью хорошие, увязка с общественными профессиональными и советскими организациями большей частью имеются. Улучшение постановки медпомощи и общественно-профилактический уклон принятый врачами, привели к уменьшению количества жалоб и недоразумений между врачами и населением.

3. Обстановка же работы, являясь в общем удовлетворительной, в смысле оборудования и ремонта участков и больниц, страдает некоторыми дефектами, отражающимися на ходе работы, как-то: недостаточность инструментария, слабое снабжение бельем, выполнение врачами обязанностей завхозов, а особенно отсутствие перевозочных средств и малочисленный штат.

4. Условия самой работы, хотя значительно улучшились с введением вторых врачей, остаются все же такими тяжелыми. Большой радиус участка (22-35 верст) при большом количестве населения (22—48.000) и связанные с этим большие амбулаторные приемы, частые и пролжительные выезды при большом количестве обслуживаемых далеко друг от друга от стоящих школ и значительной нагрузке культурно-общественной и санитарно-профилактической работой, а также судебно-медиц. экспертизой отражаются крайне вредно на работоспособности врачей и отчасти на качестве их работы. Связанная с условиями труда неурегулированность трудового дня, высокая заражаемость и заболеваемость „фактическое" отсутствие выходных дней и нормальных очередных отпусков расшатывают значительно здоровье сельских врачей и приводят к большой изнашиваемости в виде поражения сосудистой и нервной системы и большого количества туберкулезных больных. Вмешательство многих лиц и учреждений в работу врача, напрасные вызовы, необоснованные часто жалобы, нередкие, беспричинные преследования, выселение из квартир и незаслуженные оскорбления и угрозы действуют морально угнетающим образом.

5. Материально-бытовое положение врачей на селе крайне неудовлетворительно. Заработная плата, являясь в 95% основным и единственным источников существования, оказывается недостаточной на удовлетворение самых элементарных нужд сельского врача и его семьи. А отсутствие у 67% бесплатной квартиры, отопления и освещения ложится тяжелым бременем на бюджет врача.

6. Оторванность от центра, заброшенность в глухих местах при скудности материальных средств, не дают возможности сельским врачам в достаточной степени качественно хорошо поставить свою санпросветработу, повышать свою квалификацию, выписывать медкниги и периодическую литературу.

Недостижимость обмена мыслями с городскими врачами, „случайный" характер научных командировок при недостаточном внимательном отношении городских врачей к нуждам своих сельских сотоварищей вызывает только неудовлетворенность работой и условиями жизни.

Усиление производительности труда сельских врачей, повышение качества его работы, правильная организация диспансеризации и

культдеятельности на селе и успешное ведение врачами борьбы за революцию быта в деревне, выдвигают целый ряд желательных мероприятий:

1. Правильное распределение лечебной сети, улучшение и ремонт зданий лечучреждений, усиление снабжения медикаментами, инвентарем и инструментарием, улучшение питания больных. Усиление организации профилактических учреждений на селе: ясли, диспансеры и консультации.

2. Снабжение сельских врачей санитарно просветительной популярной литературой и периодически свежей медицинской литературой, присылка передвижек по общественно-культурным вопросам и санпросветительных выставок, направление периодически на село работников по санпросвету с санпросветфильмами.

3. Установление определенных часов для приема амбулаторных больных, обходов в больницах. Регламентация выходных дней и установление месячного отпуска с обязательной заменой. Ввиду невозможности урегулирования в полной мере рабочего времени участковых врачей, поставить вопрос о спецокладе для участковых врачей или о спецоплате за нагрузку. Выработка правил, предусматривающих неурочные вызовы. Разгрузка сельских врачей путем направления вторых врачей в те места, где еще таковых нет, направляя на эти должности не врачей стажеров, а последних командировать только в качестве сверхштатных врачей, оплачиваемых за счет центральных сумм.

4 Предоставление всем сельским врачам бесплатной квартиры, отопление, освещение и по возможности небольшие наделы огорода и сенокоса.

Предоставление сельским врачам транспортных средств и прозодежды (полушубки, валенки и т. п.) или спец сумм на оплату и приобретение таковых. Частое направление сельских медработников в Дома Отдыха и предоставление с/врачам преимуществ при посылке или поездке на курортно-санаторное лечение.

5. Командировка сельских врачей каждые 2 года на 2-х месячные курсы усовершенствования и предоставление им преимущества при замещении должностей в клиниках и городах после 3-х летнего пребывания на селе. Принятие шефства городских врачей над сельскими в смысле снабжения их периодической медлитературой, заменой их в случае надобности и регулярных кратковременных выездов специалистов в районные больницы.

6. Выработка в декретивном порядке правовых норм и гарантий для сельских врачей и урегилирование вопроса о взаимоотношениях между трудящимися и леч. персоналом в целях ограждения их от незаслуженных оскорблений и угроз. Во избежание односторонних освещений в печати фактов о деятельности сельских врачей, просить органы печати до помещения подобных заметок таковые направлять для расследования в врачсекцию Союза или Здравотделы, а союзным организациям и сельским врачам освещать в печати условия быта и труда сельских врачей. Устранение вмешательства разных учреждений и лиц в лечении и порядок лечучреждений на селе путем установления ответственности сельских врачей исключительно перед РИК'ами и Здравотделами.

7. Возбудить вопрос о пенсиях сельским врачам и прочему медперсоналу и о страховании их на случай смерти от заразных болезней и несчастных случаев при исполнении обязанностей. Принятие мер к допущению детей сельских врачей в первую очередь в ВУЗ'Ы.

Санитарное просвещение в Белоруссии.

Д-р В. А Соколов.

Санитарное просвещение в БССР неудержимой волной прокатилось по городам и селениям, возбудив среди рабочих и крестьян чрезвычайно большой интерес к изучению вопросов по оздоровлению труда и быта. Годовой опыт (1924-25 г) характеризуется резким под'емом кривой (графически) движения санитарного просвещения по нашим округам. Основной успех в данном случае справедливо относится к правильным организационным формам построения санпросветдеятельности в центре и на местах—по неотложному пути всестороннего охвата населения признаками санитарно-гигиенического характера через основные и единственные в своем роде общественно-культурные пункты действия в городе и на селе—клубы, нардома, избы-читальни и проч. культурно-просветительные учреждения, при непременной увязке нашей работы с деятельностью смежных с нами ведомств и учреждений.

Мероприятия в области ликвидации санитарной неграмотности среди населения, будучи вполне согласованы с Главполитпросветом, Культотделом ЦСПСБ, Институтом Белорусской Культуры, с санитарными врачами ж. д. участков, с Санпросветом Гарнизона, с Инспекцией Войск ГПУ, деятельность которых в области санитарного просвещения идет по общему с нами пути насаждения среди масс санитарной культуры, создало возможность, с одной стороны, полностью выявлять спрос и потребность широких масс; с другой стороны—в присутствии всех вышеуказанных организаций только и возможно осуществление массовой работы как в городе, так и на селе по санитарно гигиеническому просвещению и этой мерой безвозвратно изжиты ведомственные трения на местах.

С 1 го октября 1924 года по 1-е июля 1925 года по БССР было прочитано лекций—5.833, из них в городах—2.060, в селениях и прочих местностях—3.773, причем эти цифры бледнеют перед той, широко развернувшейся санпросвет. работой, далеко вышедшей за пределы вышеуказанных мест по санпросветдеятельности, которая ведется и велась в наших медико-санитарных учреждениях закрытого и открытого типа—путем систематических собеседований с посетителями по санитарному просвещению во время приемов в ожидальнях, красных уголках, при амбулаторных приемах и т. п

Места обслуживания (в цифрах) санпросветом в городах и на селе:

Наименование учреждений	Количество на 1924-25г.
Нардомов	85
Изб-читален	279
Клубов	167
Домов селянина	13
Красных уголков	155
Лечсанучреждений	305

Домов санитарного просвещения имеется: в городе Минске—1, в гор. Витебске—1, в гор. Могилеве—1, а в остальных округах сорганизованы уголки по санитарному просвещению и выставки при культпросветучреждениях.

Многообразие методов работы в городе и на селе по санитарному просвещению среди всех возрастных групп населения на первых же шагах нашей деятельности потребовало полной согласованности провозглашаемых санпросветидей с теми реальными условиями, в которых протекает быт и трудовые процессы окружающего нас населения.

Предвидя целый ряд самостийных направлений при массовой деятельности по санитарному просвещению на местах, исходя из необходимости и целесообразности — вложить всю работу в определенное русло, в течение шести месяцев лекторами городов и самых отдаленных уголков Белоруссии заполнялись специальные анкеты, где лектор указывал свою основную профессию, тему лекции—собеседования, количество слушателей, вопросы, задаваемые аудиторией, место проведения собеседования, наконец, самое ценное,—указывались мероприятия, принимаемые аудиторией по заслушанию той или иной лекции в основу дальнейшего окаймления своей повседневности признаками санитарно-гигиенического характера. Все это создало возможность учесть нам весь тот сложный процесс, который совершается в массах по выявлению интереса к темам санитарии и гигиены, а также позволили выявить учет тех практических результатов, которые остались в гуще населения после разработки и освещения целого ряда вопросов санитарного порядка.

Лекторские анкеты явились непосредственным отражением деятельности работников мест и в некоторых случаях обнаружили абсолютное непонимание медработниками наших задач в деле насаждения санитарно-гигиенических навыков и привычек.

Как пример такого непонимания:— лекарский помощник Городокского фельдшерского пункта, Бобруйского округа, при наличии в избечитальне 230 чел. учащейся молодежи, проводил санпросветлекцию на тему: „Жизненные потребности каждого человека“... В Могилевском Доме Санпросвета, при наличии слушателей 200 человек, прорабатывалась тема: „Новейшие успехи и достижения науки в борьбе с заболеваниями рака“ .. В том же Могилеве, в клубе кустарей при наличии 160 чел., проводилась лекция: „Железы внутренней секреции и половые железы“.. и т п.

Указанные темы при наличии „высокопарности“, „крылатости“ и „рекордной“ популярности лектора, а не популярности изложения, создавали, конечно, весьма отрицательные последствия в деле привития населению признаков элементарных санитарно-гигиенических наставлений, что характеризуется постановлениями слушателей по окончании лекции-собеседования— „Принять к сведению“, в лучшем случае— „Увеличить количество лекций“.

Совершенно иное сохраняется в сознании слушателей по разработке вопросов санитарно-гигиенического характера, близких к местным условиям и доступных пониманию последних, как пример, по Оршанскому округу, после лекции-собеседования—„О чистоте дворов и о чистоте воды“—постановили: „Выделить санитарные тройки, все население разбить на десять дворов, с назначением на каждый десяток одного ответственного товарища, на которого возложить следить за чистотой дворов своего десятка, очистку колодцев, обгородку и привешивание к каждому колодцу общей бадьи“. (Сохранен подлинный стиль).

Отсюда само-собой напрашивается вывод:—меньше отвлеченных тем для собеседований по санитарному просвещению, больше внимания к изучению местных условий труда и быта и на основе изучения—выявлять интересс широких масс к вопросам оздоровления, намечая темы вполне доступные пониманию и возможные, в условиях действительности, к осуществлению. Только постепенным, кропотливым, настойчиво систематическим путем мы сумеем осуществить поставленную нами задачу—полная ликвидация санитарной неграмотности среди населения.

С целью углубления работы и вовлечения рабочих масс в круг деятельности лечебно-санитарных учреждений (как опыт) в г. Минске были организованы при Пастеровском Институте так называемые „воскресники": читались санпросветлекции с демонстрированием опытов над животными, с производством всякого рода анализов,—пищи, воды и др., что, конечно, при наличии целого ряда оборудования и приборов, создавало благоприятную обстановку для вовлечения слушателей. Прочитано было 8 тем. Выйдя из стен нашего Института, группа слушателей явилась организаторами на предприятиях периодических экскурсий в городские лечебно-санитарные учреждения (Нервная Клиника, I-ая Сов. Больница и др.). Опыт дал свои положительные результаты, и мы рекомендуем округам проводить эту работу на местах, что поможет создать большой общественный интерес вокруг медико-санитарных учреждений.

Не малую роль в деле санитарного просвещения сыграло пополнение книжного рынка в Белоруссии санпросветлитературой, плакатами, таблицами брошюрами и соответствующим наглядными пособиями, комплектуя для округов санпросветбиблиотечки и уголки из имеющихся пособий на рынке нашего Союза. Нужно отметить большую поддержку в этом отношении, которую мы получили от Белгосиздата, Главполитпросвета, Белорусского Общества Красного Креста, как непосредственных книжных баз по распространению санпросвет. материала.

Санпросветом НКЗ Бел. для проведения оспенной кампании был выпущен плакат по оспе с 50.000 листовками. Выпущен на белорусском языке плакат по малярии, брошюра „Задачи санитарной тройки на селе" (Д-р Казанская); лозунгов, листовок, эмблем на четырех языках (белорусский, русский, еврейский и польский) в количестве 400.000 экземпляров.

Данные мероприятия быстро оживили возникновение целого ряда санпросветуголков в округах и районах. Мы имеем к настоящему времени около 200 вполне оформленных и достаточно снабженных наглядными пособиями и санпросвет. библиотечками, сануголков. Каждый округ имеет передвижную санпросветвыставку.

Все это только скелет пополнения санпросветматериалов города и села, куда не вошли пособия, приобретаемые по линии Главполитпросвета и Культотдела ЦСПСБ их клубами, нардомами, избами-читальнями и т. п.

Приступлено к подбору и организации санпросветуголков при крупных предприятиях и учреждениях по типу выставок-витрин, характеризующих процесс данного производства, его вредности и меры борьбы с таковыми.

В целях приближения и общедоступности для населения санитарно-гигиенической грамоты, исходя из насущнейшей потребности на первых шагах культурного роста трудящихся Белоруссии иметь повседневного спутника по вопросам санитарии и гигиены,—нами для этого использовывается на всей территории вся масса свободной от печати—бумаги, выбрасываемой на рынок со складов, фабрично-заводских

и торговых предприятий, с прилавок аптек, кооперации в виде оберточной и упаковочной бумаги и на этих, подчас незаметных, клочках бумаги печатаются краткие заметки, памятки, листовки и прочие санитарно-гигиенические наставления. Указанные мероприятия (особенно по Оршанскому округу) дали положительные результаты. Данный клочек бумаги приобрел большую ценность, являясь в жизни рабочего и крестьянина санитарно-гигиенической настольной азбукой. Нас не смущали разнообразие форм оберточной и упаковочной бумаги; соответственно форматам подбирался текст, и небольшие затраченные средства за набор печати дают возможность широко использовать санпросвет. материал среди населения города и села. Каждый из нас оберточную бумагу бросал в сорный ящик, как ненужный хлам, теперь на ней начертаны наставления по гигиене тела, гигиене одежды, об уходе за телом и т. п.

Еще одно могущественное орудие в деле санпропаганды—киноэкран, который необходимо использовать в деле санитарного просвещения. В этом отношении нам идет навстречу Белгоскино, став на путь постепенного пополнения кино-рынка фильмами научно-общественного характера (по санпросвету). Белгоскино приобрело в собственность кино-фильмы:

а) Аборт.
б) Правда жизни (сифилис).
в) Дорога к счастью (по Охматмладу).

Намечается закупка нижеследующих кино-лент:

а) Борьба за жизнь (малярия).
б) Особняк Голубиных (туберкулез).
в) Дети—цветы жизни.
г) Туберкулез—социальная болезнь, болезнь детского возраста и т. д

После демонстрации поименованных лент в окружных и районных кино-театрах, таковые будут (на прокат по удешевленной расценке) предоставляться Окрздравотделам для бесплатного демонстрирования в клубах, нардомах и других культурно-просветительных учреждениях.

Краткий путь, пройденный санитарным просвещением за истекший год дает надежду, что не далеко то время, когда город и деревня Белоруссии давсегда откажутся и сбросят с себя тогу (одежду) санитарной безграмотности, вековых предрассудков, суеверий и грязи и оденутся в здоровую, радостную светлую жизнь, неустанно идя по пути благоустройства и оздоровления местных условий труда и быта.

Что нам предстоит сделать в ближайший год?

Вполне своевременным мы считаем теперь же постепенно переходить от санитарного просвещения к санитарно-гигиеническому воспитанию. Каждый шаг, каждое движение рабочего и крестьянина должно быть испещрено санитарно-гигиеническими правилами и наставлениями и перед нами стоит задача—отыскать для массового санитарного просвещения, санитарно-гигиенического воспитания сеятеля знаний будничной повседневной санитарии и гигиены и таковым может быть только рабочая и крестьянская молодежь под руководством комсомола, которая является лучшим носителем современной культуры, современных навыков и привычек. Рабоче-крестьянская молодежь—учащиеся 1-й и 2-й ступени, учащиеся профтехнических школ, вечерних школ, пионерских групп и т. п. является самой плодородной почвой, на которой легко взрастить санитарную грамоту, гигиенические наставления, знания о мероприятиях по благоустройству условий рабоче-крестьянского труда и быта. Рабоче-крестьянской молодежи надлежит сыграть большую роль в деле распространения и насаждения

санитарно-гигиенических навыков среди трудового населения. Центром пропаганды идей санитарного просвещения и местом непосредственного вовлечения населения в общее дело оздоровления, являются дома санитарного просвещения, нардома, избы-читальни, рабочие и комсомольские клубы и т. д.—вокруг этих светильников санитарного просвещения необходимо организовать молодежь как актив „Друзей санитарно-гигиенических навыков и привычек“. Руководство всей работой по санитарному просвещению и санитарно-гигиеническому воспитанию должно лежать на медперсонале города и села—медврачах, ветврачах, зубврачах, акушерках, фельдшерах и фельдшерицах и т. д.— будет ли это в порядке шефства, в виде ли клубных врачей, или войдет в план общественно-санитарной работы указанных товарищей.

Воспитательную работу нужно провести в самом начале среди самой же молодежи, создавая крепкое ядро актива „Друзей санитарно-гигиенических навыков и привычек“ и потом молодежь должна пойти в самую гущу общественно-санитарной работы, участвуя практически в работах Санитарных Советов, Санитарных Троек, Советов Социальной Помощи и других ячейках по оздоровлению и благоустройству городов и деревень.

При помощи актива комплектовать санитарные комиссии (а также при нардомах и избах-читальнях), через них вести упорную систематическую борьбу за чистоту, прежде всего общественно-государственных учреждений—клубов, нардомов, изб-читален, выявляя при этом особую заботливость, придавая соответсвующий уют этим местам, на которые возложено воспитание широких трудящихся масс.

В целях оживления работы и укрепления знаний санитарно-гигиенического характера, необходимо устраивать (при непременном участии руководителей) самой молодежи, собеседования, разборку сан-вопросов, вечера состязаний, вечера вопросов и ответов, инсценировки, сансуды, световые и живые газеты, вводить почтовые ящики для вопросов, ответы же давать на страницах стенгазет, устных газет, об'единяя вокруг этого вида работы стенкоров, рабкоров и селькоров.

Рабоче-крестьянская молодежь должна нам в этом помочь, через нее мы расчистим путь в сознании трудящихся для восприятия всех тех мероприятий, которые направлены к общему оздоровлению. Ведь наша задача не только учиться, но и побуждать учиться других.

Итак, от санитарного просвещения к санитарно-гигиеническому воспитанию, через многотысячную армию рабочей молодежи.

Медснабжение в деревне.

Р. Горфункель.

Основной задачей органов Здравоохранения и в частности Аптекоуправления сегодняшнего дня должно быть приближение лекарственной помощи к крестьянскому населению.

Если вопрос этот для города в настоящее время разрешен почти на 100%, то деревня остается в том положении, в каком город находился в 1920/21 г. Не следует забывать, что в то время лекарственный голод ощущался во всесоюзном масштабе, и население терпело это как должное. Теперь же, когда вопрос этот для города разрешен полностью и 80% населения фактически пользуются бесплатной лекарственной помощью, перед органами Здравоохранения во всей своей остроте встает вопрос о разрешении его и для деревни.

Наркомздравом Белоруссии и, в частности, Белмедторгом в этом отношении сделано уже начало. Еще в прошлом 1924/25 г. были открыты в различных округах Белоруссии ряд показательных аптек, результаты которых в настоящее время слишком очевидны. Лекарства в этих аптеках расцениваются по себестоимости плюс накладные расходы по доставке, и в общем средняя стоимость рецептурного номера обходится от 6 до 7 коп Конечно, эта оплата далеко не оправдывает тех расходов, которые имеются по каждой аптеке в отдельности и недостающие суммы компенсируются отпускаемой рецептурой для частных граждан и предметами, отпускаемыми в ручную продажу. Форма расплаты по рецептуре производится следующим образом: сумма, предназначенная для оказания лекарственной помощи крестьянскому населению соответствующей районной б-це. передается врачем данной б-цы в распоряжение показательной аптеки, при чем количество рецептов, которые могут быть отпущены для соответствующего района, согласовываются РИК'ми и старшими врачами б-ц. В основу положен принцип, чтобы стоимость рецептурного номера, отпускаемого из показательной аптеки не превышала бы стоимости изготовленного рецепта в больнице. Конечно, в большинстве случаев суммы, имеющиеся в распоряжении врача, далеко недостаточны для оплаты даже по таким мизерным ценам, всего количества рецептов, которые отпускаются крестьянскому населению из показательных аптек. Эту дефицитность Наркомздрав, в лице Белмедторга сознательно берет на себя. Эти аптеки в настоящее время пользуются большой популярностью среди крестьянского населения, и уже имеется ряд хороших отзывов со стороны районных исполнительных комитетов и др. общественных организаций.

Принимая во внимание, что в настоящее время аптекоуправления освобождены от части налогов и что цель освобождения их от таковых преследует удешевление лекарственной помощи, следовательно, приближение таковой к нуждающемуся населению—вполне своевременно Окружным отделам Здравоохранения, в лице своих аптекоуправлений, приступить к организации по такому же принципу аптек для сельского населения, ибо материальные возможности, в настоящее время, благодаря вышеуказанным моментам, имеются.

Сельская аптека должна строиться в настоящее время, таким образом, чтобы через нее вести широкую агитацию и борьбу против

разного рода знахарей, самолечения, наблюдающееся в настоящее время довольно широко в Белорусской деревне. Из этого следует, что сельская аптека должна быть прежде всего там, где имеются врач и, следовательно, районная больница, в крайнем случае, врачебно-амбулаторный пункт. Выполнение больничной и амбулаторной рецептуры в таких аптеках имеет еще то преимущество, что крестьянин, получая бесплатно лекарственную помощь наравне с остальным населением, платящим за таковые получит возможность убедиться, что лекарства отпускаются, как за плату, так и бесплатно на одинаковых условиях и одинакового качества изготовления (для уничтожения старого взгляда, что крестьяне одной волости получают лекарства из одной бутылки).

Быть может в настоящее время еще довольно трудно будет снабжать все крестьянское население дешевой лекарственной помощью, вследствие чего встает вопрос о дифференциации крестьянского населения, для этой цели соответствующ. РИК'кам и комит. крестьянск. взаимопом. совместно с органами Здравоохранения придется заняться этим вопросом, учитывая рессурсы, имеющиеся в их распоряжении, выделив кулацкое население отдельно, лишив его возможности получения дешевой лекарственной помощи за счет остального нуждающегося населения.

Повторяю, что Советская сельская аптека должна строиться по совершенно новому принципу в отличие от частно-владельческой аптеки, где аптекарь занимался знахарством, советами и самолечением, новая аптека должна в основе своей быть тем местом, где прежде всего население получает лекарство по рецепту врача, а также местом для оказания первой помощи. Кроме того она должна быть снабжена предметами санитарии и гигиены, но последние должны быть строго нормированы в смысле расценки, дабы они были доступны крестьянству и, наконец, сельская аптека должна стать рассадником санитарно-просветительных знаний. Только такая аптека сумеет завоевать доверие сельского населения и поставить органы Здравоохранения действительно „лицом к деревне“.

Вторым основным моментом медицинского снабжения больниц и амбулаторий на селе является обеспечение и снабжение таковых соответствующим инструментарием. Не секрет, что еще по настоящее время вследствие отсутствия во всесоюзном масштабе необходимого хирургического инструментария—врачи работающие на участках очень часто лишены возможности оказать первую хирургическую помощь. В последний год также наблюдалось отсутствие достаточного количества перевязочного материала, острота которого еще больше чувствовалась в деревне. Текущий операционный год обещает более благоприятные перспективы, вследствие того, что уже в настоящее время для Наркомздрава Белоруссии выполняется на большую сумму заказ на хирургический инструментарий на заграничном рынке. Получаемый инструментарий в первую очередь будет распределен между округами Белоруссии. Инструментарий предусматривает все виды специальностей и, надо полагать, что вопрос о снабжении лечебных учреждений Белоруссии, а также районных б-ц и врачебн.-амбулатор. пунктов будет выполнен, если не на все 100%, то во всяком случае на цифру очень близкую к таковой.

Белмедторг в настоящее время разрабатывает типовой зубоврачебный кабинет, специально для районных б-ц, который по своему оборудованию будет снабжен всем необходимым инструментарием и медикаментами и по своей стоимости будет доступен для каждого района, дабы дать возможность и в этой части медпомощи пойти навстречу крестьянскому населению.

К биологии малярийного комара в Мозырском округе.

(Из Белорусского Пастеровского института. Директор проф. Б. Я. Эльберт).

Д-р Я. А. Раховский, зав. протозоол. отдел. Пастеровского института
и З. Д. Сергеева-Булавко энтомолог Мозырской малярийной станции.

Наблюдения над жизнью малярийного комара производились еще летом 1924 года малярийными отрядами, работавшими в разных частях Мозырского округа—этого главного очага малярийных заболеваний Белоруссии. С организацией малярийной станции в нынешнем 1925 году в г. Мозыре появилась возможность подвергнуть более глубокому изучению биологию комаров в Мозырском округе. Наблюдения велись главным образом в г. Мозыре и в окрестностях, расположенных в 6—7 верстах от города (завод „Пролетарий", ст. Мозырь, дер. Боровики, дер. Новики).

Единственными распространенными видами комаров были Anopheles maculipennis Mg. и Culex pipiens. Следует отметить, что число комаров Anopheles значительно превосходит число Culex, по крайней мере в закрытых помещениях. Так сборы, произведенные в скотных сараях на зав. „Пролетарий" 25/V, 18/VI, 23/VI, 27/VI, 21/VII, 20/VIII, по Слуцкой ул. и Киевской набережной, в дер. Боровики и Новики, дали исключительно Anopheles, ни одного экземпляра Culex не было найдено. Точно также в домах в различных частях города Мозыря и зав. „Пролетарий" были найдены исключительно комары Anopheles. Комаров Culex pipiens можно было наблюдать в большом количестве с начала июля около реки, в кустарниках за городским садом и в районе за городским стрельбищем.

Основной задачей, стоявшей перед малярийной станцией, было выяснение числа генераций малярийного комара.

Ввиду позднего открытия станции, а именно в конце мая месяца, вылет комаров наблюдать не удалось. В 1924 г. вылет Anopheles с зимовок наблюдался в конце апреля (приблизительно в 28—30 числах).

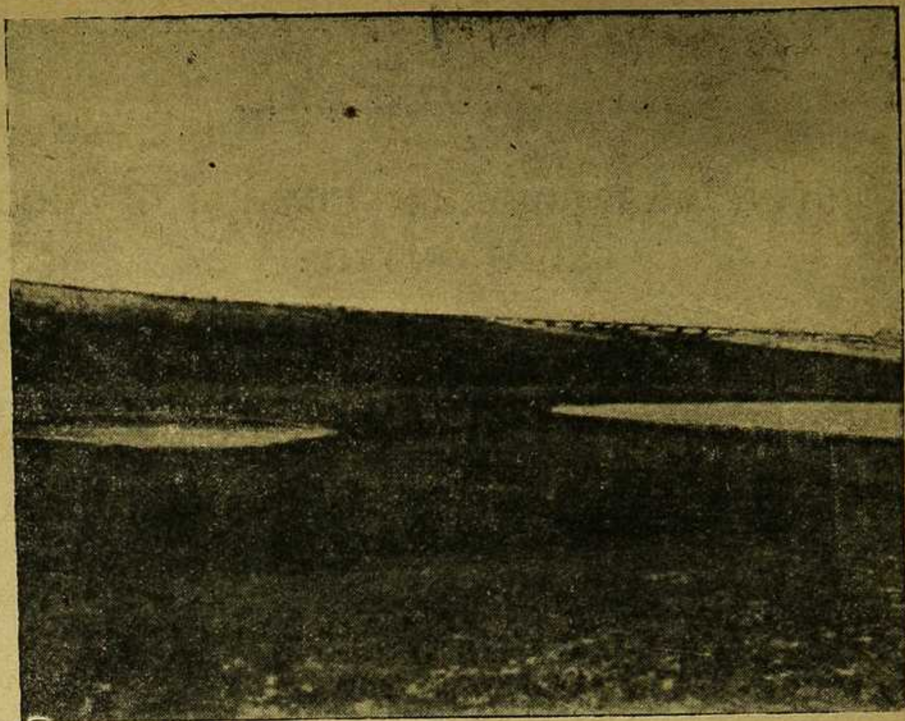
Если принять во внимание, что в нынешнем году, с одной стороны, была ранняя весна, а с другой стороны, что в 20-х числах мая водоемы были заселены личинками 4-го возраста, а местами и куколками, надо полагать, что вылет комаров Anopheles из зимовок происходил в половине апреля.

Так как спаривание в лабораторных условиях в неволе не представлялось возможным (см. ниже) и наблюдение над развитием комаров в лаборатории не могли дать суждения о числе поколений, поэтому мы прибегли к систематическим сборам личинок в водоемах

Систематические сборы производились нами в следующих водоемах:

1. в заливе реки Припяти около зав. „Пролетарий", служившем гаванью для сплавного леса, прибывавшего к заводу;

2. водоемы на противоположном от города берегу Припяти, по левую сторону от деревянного моста (три водоема);



Водоемы налево от моста, уже значительно высохшие во вторую половину лета.

3. водоемы на том же берегу по правую сторону моста (пять водоемов);



Водоемы направо от моста, напротив водокачки.

4. на правом берегу реки, на стороне города в речной гавани, в месте стоянки судов.

Водоемы все эти образованы р. Припятью во время прошлогоднего разлива реки. Размеры их оставались такими же, как в прошлом году, т. к. в этом году река почти не выходила из берегов.

27 и 28/V в водоемах налево за мостом и в заливе у зав. „Пролетарий" были находимы в огромном количестве личинки Anopheles 4-го и 1-го возраста.

2—5/VI налево за мостом личинки Anopheles всех возрастов, что, вероятно, зависело от непрерывной многократной кладки зимовавших самок.

Подобное предположение является по мнению В. В. Никольского мало доказанным, но исследования проф. Н. М. Кулагина в 1900 году, когда ему до начала июня удавалось находить только оплодотворенных самок, является веским доказательством в пользу этого предположения.

10/VI налево за мостом большое количество куколок, 13/VI там же ни одной куколки найти не удалось, плавали лишь шкурки.

23 24/VI массовое появление куколок на зав. „Пролетарий".

Средняя температура воздуха между 10/VI и 24/VI от 21—28° С.

Мы полагаем, что к этому времени можно приурочить выход 1-го поколения Anopheles из куколок.

15/VIII на зав. „Пролетарий" наблюдается массовое появление личинок младшего возраста.

30/VII личинки младшего возраста в значительном количестве появляются направо за мостом.

Массовое появление куколок наблюдалось направо за мостом 15—18/VIII.

В заливе у зав. „Пролетарий" оно наблюдалось 20/VIII.

Температура воздуха данного времени 20—24° С.

Надо полагать, что это знаменовало собою выход из куколок II-го поколения комаров.

Является вопрос можно ли допустить развитие III-го поколения.

Дальнейшие наблюдения, произведенные в сентябре м-це, обнаружили между 15 и 20 сентября снова появление личинок I и II возраста в подавляющем числе.

Если принять во внимание таблицу данную Martini (см. таблицу)[1]) для срока выплаживания комаров и его утверждение о том, что кладка яиц обычно начинается через 20—25 дней после вылета из куколки, то можно предположить вероятность развития третьего поколения в Мозырском округе.

Стадии.		t^0 24—27°.	t^0 20—22°.	t^0 16—19°.
Яйцо		2	почти 3	5
Личинки	I возр.	2	„ $2\frac{1}{4}$	6
	II „	$1\frac{1}{4}$	„ 2	4
	III „	$2\frac{1}{2}$	„ $2\frac{1}{2}$	$4\frac{1}{4}$
	IV „	$4\frac{1}{2}$	„ $4\frac{3}{4}$	$6\frac{1}{2}$
	I-IV „	10	„ $11\frac{1}{2}$	21
Куколка		$2\frac{1}{2}$	„ 3	$4\frac{1}{2}$
	Итого	$14\frac{1}{2}$ дн.	$17\frac{1}{2}$	$30\frac{1}{2}$

[1]) Таблица Martini взята из статьи В. В. Никольского.

Приведем здесь некоторые данные о числе поколений в различных местах нашего союза: по наблюдениям С. В. Рыбинского в г. Киеве 4—5 поколений в 1923—25 году, считая и то поколение, которое по мнению автора зимовало в личиночной стадии. По наблюдениям И В. Васильева в 1924 году 5 поколений. Он указывает следующие числа, когда наблюдалось большое количество личинок и куколок: 25 мая, 15 июня, 20—25 июля, 20—30 августа и 25 сентября.

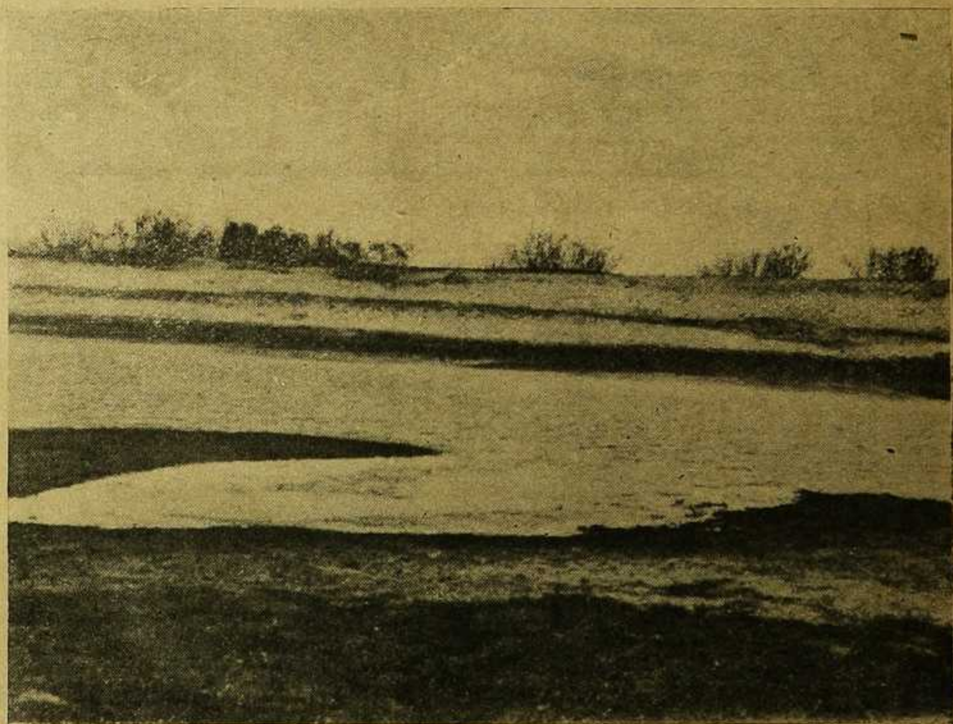
В. В. Никольский считает, что в 1923 году под Москвой было 3—4 поколения. Fermi полагает, что в Италии имеется 6—7 поколений. В Германии 3—4 поколения в южной, в северной 2—3 поколения. В Австрии 4 поколения.

Наши наблюдения, произведенные в течение одного года, не позволяют точно указать число поколений для Мозырского округа, но при сравнении записей нашего дневника с данными Martini о продолжительности развития личинок надо допустить, что они близки к истине.

При сборах личинок чрезвычайно часто попадались личинки с белыми ромбами на спине. Galli-Valerio и Rochaz de-Iongh полагали, что это характерно для личинок An. bifurcatus. С. В Рыбинский указывает, что по контрольному определению проф. Б. И. Павловского личинки с подобными пятнами оказались An. claviger.

Нами воспитывались такие личинки в лаборатории, при чем из них выходили комары, обладающие всеми характерными признаками Anopheles maculipennis.

Нужно отметить, что личинок комаров Anopheles мы находили почти всегда лишь в водоемах, обладающих богатой растительностью: лишь в конце лета, когда водоемы, в которых выплаживались комары, высыхают и в них начинается разложение остатков животных и растений, тогда заселяются водоемы с более свежей водой, в которых растительность почти отсутствует. Так залив направо за мостом с довольно сильным течением воды был заселен во вторую половину лета.



Залив р. Припяти направо за мостом.

Наиболее часто и в большом количестве встречаются в водоемах заселенных личинками нитчатые водоросли (т. н. водяная вата – Spirogyra, Nitella, Cladophora, Hydrodyction). Вредное влияние ряски (Lemna) на личинок и куколок Anopheles, которое отмечает Galli-Valerio [1]) нами не наблюдалось. Так речная гавань у города почти в продолжение всего лета была покрыта слоем ряски толщиной до $^1/_2$ вершка и это нисколько не влияло на развитие личинок.

Водоемы заросшие кувшинками также являются всегда заселенными большим количеством личинок.

Что же касается животных, населяющих водоемы наряду с личинками комаров, то здесь мы встречаем обычную пресноводную фауну, а именно: личинки плавунцов, веснянок, ручейников, поденок, стрекоз, взрослых плавунцов и др. водяных жуков, водяных клопов, осликов (Asellus aquaticus), Gamarus, циклопов, дафний, ципрisов и др. мелких ракообразных, червей и моллюск—Limneus и Planorbis.

Несмотря на то, что большинство из указанных животных хищники—уменьшения личинок комаров в данных водоемах не наблюдалось.

В сильно заросших водоемах личинки Anohpeles maculipennis IV возраста были часто покрыты водорослями. При помещении их в чистую воду в аквариум они быстро освобождались от них при помощи гребенки, имеющейся у них на конце брюшка.

При обследовании местности, расположенной на левом берегу по направлению к дер. Боровики, находящейся в 3-х верстах от города, все водоемы оказались незаселенными личинками комаров.

Между тем жилые помещения и скотные сараи изобиловали комарами. Повидимому комары попадали сюда от самого берега Припяти и совершали перелет в 2—3 версты.

Такое же явление встречалось на ст. Мозырь, где, повидимому, комары перелетали с другого берега на расстоянии $1^1/_2$—2 верст. В г. Мозырь также комары перелетают большей частью с противоположной стороны реки.

С целью изучения вопроса о числе генераций Anopheles maculipennis нами были предприняты многократные попытки как спаривания комаров, так и кормления их кровью. Ни та, ни другая попытка не удалась.

Употреблялся для этого нами садок в 1 куб. метр с одной застекленной стенкой, с под'емной дверкой затянутой металлической сеткой, двумя другими сторонами и крышкой, затянутой марлей. В садок ставилась Коховская чашка с водой и клалась свежая черешня, клубника, смородина и сахарный сироп. Комары охотно ели черешню, клубнику, и сахарный сироп, но не ели смородины.

Комары, пойманные на свободе и посаженные в садки, также очень неохотно кололи людей. В течение лета нам удалось заставить их колоть раз пять.

В чем же лежит разгадка наших неудач. Обратимся к соответствующей литературе

Mac Gregor'у удалось получить несколько генераций комаров в неволе на Mauritius. В Англии же по его словам спаривание в неволе не удавалось Автор полагает, что существует одно мелкое, ничтожное обстоятельство, которого мы не знаем и которое вызывает затруднение в выращивании комаров в искусственных условиях. Вряд ли можно согласиться, говорит автор, с мнением о том, что для лета самцов перед оплодотворением необходимо большое помещение.

В 1922 г. д-ру Рихтерсу удалось вырастить несколько поколений комаров в садке, сконструированном из хирургического инструментального шкафа.

[1]) Centralblatt. Band 94, Heft 5.

В 1924 г. Martini удалось в специально построенном им садке получить из перезимовавших самок Anopheles maculipennis несколько поколений вплоть до поздней осени. В 1922 и 1923 г. спаривание в других садках Martini не удавалось. В садке последнего типа Martini добился максимального насыщения воздуха влагой в садках.

Садок был весь застеклен для удержания влаги и только задняя сторона была наполовину затянута марлей и наполовину металлической сеткой. В землю насыпанную на дно была посеяна трава. На дно были поставлены чашки с водой, в которые помещались ряска и водоросли. К садку было пристроено особое т. н. спальное помещение „Schlafenstube". На крыше этой спальни для ограждения от солнечного нагрева были помещены комнатные растения. Влажность в садке достигала ночью 90%, в солнечные дни 50%.

Еженедельно в садок помещались крыса и морская свинка на ночь. Самки охотно кусали животных и другое утро были полны кровью. В садки клалась вата, смоченная сахарной водой.

Martini полагает, что главные условия для спаривания комаров заключаются в достаточной влажности помещения и что это есть то неизвестное нам обстоятельство, о котором говорил Mac Gregor. Условия нашей лаборатории в смысле влажности представляет полную противоположность указаниям Martini. Помещение, отведенное нам для малярийной станции, было очень невелико по своему размеру и целиком обращено на солнечную сторону.

Солнце настолько нагревало и высушивало воздух в лаборатории, что вода в чашках испарялась почти в течении одних суток. Отсутствие необходимой влажности по нашему мнению является причиной, препятствовавшей спариванию комаров и по которой комары упорно отказывались пить кровь.

Martini создал по вопросу о влиянии влажности на развитие комаров следующую теорию.

При высоком атмосферном давлении и сухом воздухе яйца комара и выведенные из них личинки могут легко погибнуть. В связи с этим при таких условиях кладка яиц не происходит, окрыленные комары удаляются в не слишком сухие углы и там остаются в покое. Питание кровью затруднено. Наоборот, при низком атмосферном давлении и влажном воздухе, когда можно ожидать осадков и, следовательно, хороших условий для развития личинок, комары охотно пьют кровь и оплодотворяются.

Некоторым подтверждением этой теории могут явиться наши наблюдения в деревнях Мозырского округа, когда в сырых, низких крестьянских домиках с гнилыми стенами чаще можно было встретить комара Anopheles и чаще видеть больных малярией обитателей.

Несколько слов относительно т. н. зоофильной или мизантропной расы комаров. Как известно, Рубо и Везенберг считали, что комары живущие в скотных сараях приспосабливаются к крови животных настолько, что потом отказываются пить человеческую кровь. В литературе уже имеется достаточно данных, опровергающих эту теорию. Наши наблюдения над комарами взятыми из сараев с завода „Пролетарий" показали, что при вышеназванных неблагоприятных условиях они кололи и питались кровью человека; вряд ли можно допустить существование особой зоофильной расы и влияние соседства домашних животных на инстинкты комара. Недаром Galli Vallerio пишет: „комары живут в скотных сараях, потому что там очень благоприятные условия для них—влажность, темнота. Они колют скот потому, что он близко стоит, но все же значительная часть отправляется в жилые дома, чтобы там напиться крови человека".

Литература:

1) Galli Valerio. Малярия и борьба с ней.

2) Jdem. Beobachtungen über Culiciden nebst bemerkungen über Tabaniden, Simuliden nnd Chironomiden. Centralblatt für Bacteriologie etc. Bd. 94 Heft 5.

3) С. В. Рыбинский. К биологии малярийных комаров в Киеве. Профилактическая медицина № 8, 1925 г.

4) Н. М Кулагин. Вредные насекомые и меры борьбы с ними.

5) В. В. Никольский. Из наблюдений над биологией малярийного комара Anopheles maculipennis Мд. Русский журнал тропической медицины № 2, 1924 г.

6) Martini E. Ueber Anopheles—Zucht (mit einigen Anopheles—Beobachtungen) Mit. 3 Abbild im Text, S. 452.

7) И. Васильев. К биологии и экологии обыкновенного малярийного комара. Профилактическая медицина № 2, 1925 г.

Минский хлеб и санитарные условия его производства [1]).

Из лаборатории каф. Гигиены Белор. Государств. Унив-та. (Завед. кафедрой проф. Б. Я. Эльберт).

Асс. Д-ра С. И. Гельберга и д-ра З. К. Могилевчика.

„Будущее, говорит Спенсер, принадлежит лучше питающемуся народу. История народов, по мнению Бокля, может быть написана по пище, которую они употребляют. Едва-ли возможно упрекнуть выдающихся английских ученых в преувеличенной оценке значения пищи. По существу, эта оценка есть лишь осознание того факта, что физическая и духовная деятельность человека есть лишь трансформация в некоторые новые формы той химической энергии, которая находится в пище. Здоровье народа, устойчивость его в борьбе за существование, досуг и зависящее от него нарастание культурных ценностей тесно связаны с качеством и количеством употребляемой пищи".

Вполне понятно, что вопросы питания а также пищевые продукты, среди которых хлебу принадлежит самое видное место, должны привлекать к себе особенное внимание. В массе своей человечество потребляет смешанную пищу: животную и растительную, однако последняя, уже по причинам экономического свойства обычно значительно превосходит первую. Согласно данным физиологии при идеально поставленном питании необходимое организму количество белка, которое в суточном рационе составляет от 100—120 gr., должно быть покрыто на $^1/_3$ из белков животного происхождения, а на $^2/_3$ из растительной пищи, при чем растительный белок на $^2/_3$ получается из хлеба. Количество белков и калорий, которое при правильно поставленном питании получается из различных пищевых веществ видно из следующей таблицы, заимствованной у Prof. Neumann'a (Das Brot).

белков	из хлеба	39,3%
	„ мяса	34,6%
	„ овощей	26,1%
калорий	из хлеба	54%
	„ мяса	18%
	„ овощей	28%

Таким образом хлеб обычно дает при нормальном питании свыше $^1/_2$ всего количества, потребных организму калорий. Однако в рабочих, крестьянских и вообще менее обеспеченных слоях населения, хлеб, как продукт довольно дешевый, далеко превосходит в суточном пайке, указанные выше нормы. Последнее обстоятельство особенно имеет место в нашей стране, где среди крестьянского населения кислый ржаной хлеб является коренной пищей, и последняя характеризуется, как хлебо-картофельно-капустная. Так, по данным Эрисмана, рабочий Московского района в довоенное время получал из хлеба от 80—95%, употребляемых в пищу белков. Количество калорий, получаемых из хлеба, по данным Rubner'a в Германии составляет 50%, а в СССР

[1]) Доложено в медицин. секции Института Белорусской культуры.

(Омелянский) доходит до 75%. Любопытные данные, относящиеся к самому последнему времени мы находим у М. Ю. Бродского: „Питание сельско-хозяйственных рабочих на Украине“ (Профилактич. медицина № 2, 1925 г.). Приводим 2 таблицы, заимствованные из этой работы:

Количество белков, жиров и углеводов в среднем суточном пайке зимой (в грам).

Табл. № 1.

	В растит. прод.				В живот. прод.		Всего.	
	Совхоз.		Сахаротрест.		С вх.	Сахаротр.	Совх.	Сахаротр.
	Всего.	Хлеб.	Всего.	Хлеб				
Белков . .	89,7	77,5	85,5	60,9	27,1	29,5	116,8	115,0
Углеводов .	700,2	577,3	698,0	698,0	1,2	2,5	701,4	701,3
Жиров . .	46,7	10,2	43,0	7,6	10,1	11,2	56,8	54,2

Среднее содержание калорий в пайке зимой.

Табл. № 2.

	Растит. прод.				Животн.		Всего.	
	Калор.	%	Хлебн.		Калор.	%	Кал.	%
			Кал.	%				
Совхоз . .	3695	94 8	2774	71,1	209,0	5,2	3904	100
Сахаротрест.	3604	93,9	2685	69,9	236,0	6,1	3840	100

Из указанных таблиц видно, (наблюдения над питанием 12 тысяч человек национализиров. сельско-хоз. предприятий) что от 69,9 до 71,1%% всего количества получаемых калорий относится за счет хлеба в летнее время от 70,9 до 75,4%. Количество белков, получаемых из хлеба, составляет от 60,9 до 77,5, что составляет 71,7—86,2% белков, получаемых из растительных продуктов и 52,08 до 66,6% общего суточного количества белков, которое в зимнее время составляет 115—116,8 gr. В данных Ц.С.У. Белоруссии „Питание населения г Минска в 1924“ (А. Попельнико см. Бюллетень Ц.С.У. Вып. 1—1925 г.) мы нахолим, что суточное потребление хлебных продуктов рабочим населением г. Минска в 1924 г. по расчету на взрослого едока составляет 868,3 против 787,0 рабочего пайка в России (Кабо), 252,0 во Франции (A. Jорре) и 502,0 в Германии (Zichtenfeld) в довоенное время.

Небезинтересным считаем привести пифры потребления хлеба в г. Минске за последние годы по расчету на 1 душу населения.

Таблица № 3.

Год и месяц.	Пшенич.	Ржаного.
	В фунтах.	В фунтах.
Сентябрь 1921 .	0,006	1,212
Февраль 1922 . .	0,008	1,424
Октябрь 1922 . .	0,021	1,336
Февраль 1923 . .	0,028	1,160
Октябрь 1924 . .	0,202	1,049

Таким образом отмечается в связи с улучшением экономического положения населения резкий рост потребления пшеничного хлеба, так что в окрябре 1924 года суточное потребление хлеба в г. Минске из расчета на 110 тысяч населения составляло около 2900 пудов ржаного и около 560 пудов белого хлеба (цифры приблизительные).

Указанных немногих данных полагаем вполне достаточно, чтобы оттенить то особое положение, которое хлеб занимает, как пищевой продукт. Недаром проф. Тимирязев говорит: „Кусок хорошо выпеченного хлеба представляет одно из величайших завоеваний человеческого ума“. Подобное же находим у проф. Neumanna (Das Brot): „Хорошо выпеченный черный хлеб представляет превосходное, вкусное и бесподобное пищевое средство, с которым ничто другое не может сравняться“. Задача государства всегда и при всех обстоятельствах обеспечить свое население здоровым и достаточным питанием, основой которого всюду, а особенно в нашей стране, является хлеб. Задача нашего советского государства не только забота о количественном обеспечении населения хлебом, но и о качестве столь распространенного продукта питания широких масс населения. Исходя из этих соображений, полагаем, что знакомство с постановкой хлебопекарного дела и качеством хлеба г. Минска, представляет известный интерес и мы охотно согласились, по предложению проф. Б. Я. Эльберта и медсекции Инбелкульта, ознакомиться с этим вопросом.

I.

Нам предстояло ознакомиться с постановкой дела хлебопекарного производства в г. Минске, с качеством выпускаемого продукта, путем лабораторного обследования его и, наконец, с санитарным состоянием хлебопекарен, с которым связана возможность загрязнения уже готового продукта.

Попутно отметим, что основной базой питающей г. Минск мукой является Белорусский хлебный рынок: зерно получается главным образом из Минского, Слуцкого и Бобруйского округов и на мельницах г. Минска подвергается помолу после предварительной очистки от сорных трав и вредных примесей, количество которых обычно не превышает норм, установленных хлебной инспекцией и санитарным законодательством. Значительная же часть пшеничной и пеклеваной муки получается из Украины, при чем ей отдается предпочтение перед местной, ввиду меньшей влажности ее и лучшего помола (влажность зерна Украинского хлеба 14%. Белорусск. 16—17%). Мука и зерно поступают из Украины с сертификатом хлебной инспекции и на месте контролю не подвергается. Этой мукой снабжаются пекарни города, общее количество коих составляет 170. Из этого числа нами были обследованы 124 пекарни, остальные необследованные относятся к типу мелких, характер которых вполне выяснен нашим обследованием и не могущим внести ничего нового. Обследованные пекарни, обслуживающие местный рынок, по характеру производства делятся на 52 булочных и бараночных, т. е. с выпечкой исключительно пшеничной муки, 59 по выпечке черного и пеклеванного хлеба и 13 смешанных.

По вопросу о принадлежности пекарен предпринимателям имеются следующие данные: 12 принадлежат кооперативным и государственным, из них ЦРК—4, Трудколлективу пекарей—4, Артели Инвалидов—1 пек., ТПО—1 пек., Окроно—1 пек. и ГПУ—1 пекарня, все остальные около—158 принадлежат частным лицам. О количестве занятых на производстве наемных рабочих и производимых хлебных продуктах можно судить по следующим данным. Из частных пекарен только 24 пользуются наемным трудом и в них работают 32 мужчин, 5 женщин и 15 подростков; в общем наименьшее 1 человек, наибольшее 5 человек. В вышеуказанных 12-ти кооперативных и государст-

венных хлебопекарнях всего занято 180 мужчин, 35 женщин и 10 подростков.

По количеству выпекаемой в сутки муки (по приблизительному подсчету).

Таблица № 4.

Пекарни.	Пшеничной муки.	Ржаной муки.	В средн. на 1 пекар.	
			Пшен.	Ржан.
Частные	Около 100 п.	Около 500 п.	0,63	3,1
Ц. Р. К	„ 101 „	„ 401 „	—	—
Проч. коопер. и государст. . . .	„ 40 „	„ 250 „	—	—

Таким образом, на основании указанных данных, можно отметить громадное количество пекарен в г. Минске, подавляющий % которых —мелкие частные пекарни с средним суточным производством до 4-х пудов, количество которых беспрерывно увеличивается (с 1923 г. открылось около 80 пекарен). Лишь меньше 6%, всего количества пекарен, принадлежат кооперативным учреждениям и артелям с общим производством всей продукции ржаного 55% и пшеничной 60%. Сопоставляя с данными г. Москвы, имеющей количество населения в 18 раз превышающее Минское, при суточном производстве около 37 тысяч пудов (в Минске 1540), население города обслуживают 350 пекарен, значительная часть которых принадлежит кооперативным и др. учреждениям и лишь наименьшее количество частным артелям, число которых заметно уменьшается.

Что касается помещений, занимаемых пекарнями, то о них в нашем распоряжении следующие сведения: число пекарен находящихся в подвальных и полуподвальных помещениях составляет 32, остальные 92 в первом этаже. По количеству комнат:

Таблица № 5.

Количество комнат.	Пекарен.	%%
1 комната	100	80,6
2 „	18	14,5
3 „	4	3,3
4 и выше.	2	1,6
	124	100

По квадратуре пола: кооперативные и госуд. хлебопекарни обладают помещениями с площадью пола (исключая пространства занятых печами) от 17,5 (наименьшая) до 162 кв. саж. (наибольшая), в среднем 54,8 кв. саж.; частные пекарни обычно обладают площадью от 3 до 5 кв. саж. Высота стен в среднем от 3½ до 4½ арш. Связь с жилым помещением отмечено в 95 пекарнях, в 29 случаях пекарни изолированы от жилья. Связь с квартирой обычно сводится к тому, что помещение хлебопекарни одновременно служит кухней, а также весьма часто ис-

пользуется под жилые и прочие хозяйственные нужды. О последнем можно судить по тому, что неоднократно на столах, где разделывается тесто и раскладывается хлеб после выпечки, можно видеть сидящего ребенка, целый ряд предметов хозяйственного обихода: стаканы и горшки, белье вплоть, наконец, до грязной обуви.

Что касается отношения световой площади к площади пола, то оно следующее:

Таблица № 6.

Отношен.	Количество,	%
1:4—7	22	17,7
1:8—11	18	14,5
1:12 и выше.	84	67,8
	124	100

Освещение электрическое в 26 пекарнях, керосиновое в 98.

Вентиляция имеется:

Таблица № 7.

Какая вентиляция.	Кол.	%
Форточки и створчат. рамы	52	41,9
Электрическая вентиляция	3	2,4
Не имеют	69	55,7

Между тем t°-ра помещения во время производства 20—25° (R).

Состояние стен потолка и пола найдены удовлетворительными в 64,5% пекарен, неудовлетворительными в 35,5%, причем под последним подразумевалось: обвалившаяся штукатурка, грязные сырые облепленные мухами стены, гнилой с ямами пол, лишь в 12% пекарен пол цементирован и асфальтирован. По содержанию помещений пекарен в чистоте обнаружено: удовлетворительно в 50,8% всех пекарен, терпимо 12%, грязно 37,2%. Под грязными подразумевалось мусор в углах, паутина, окурки, плевки на полах, неубранные помои, наросты грязи на прогнивших с ямами полах. Плевательницы обнаружены лишь в 31,4% обследований. Рукомойники имеются в 63-х пекарнях, отдельные полотенца и мыло в 65 случаях, т. е. в общем лишь в половине всех обследованных пекарен; отметим, что рукомойниками обычно является водопроводный кран, с поставленным под ним ведром или тазом (раковина имеется лишь в редких случаях). Обмывание рук по нашим наблюдениям обычно производится лишь после работы, перед меской руки лишь увлажняются. Водой по преимуществу пользуются из шахтеных неглубоких колодцев, а в одном случае даже речной водой. Меньшая часть пекарен пользуется водопроводной водой.

Специальные места или шкафы для верхней одежи имеются лишь в пекарнях ЦРК. Уборные по преимуществу во дворе, грязные, а в некоторых пекарнях совсем отсутствуют.

Подводя итоги по вопросу о помещениях, занятых пекарнями и их санитарного состояния можно отметить, что в подавляющем проценте случаев частная хлебопекарня представляет, маленькую, закопченную, грязную комнатушку, совершенно не проветриваемую, в которой процессы производства обычно тесно перемешаны с хозяйственными. Будучи тесно связаны с жилым помещением, либо одновременно использованы для последних целей, тем более, что производственные и хозяйственные функции сосредоточиваются в одних руках, далее, благодаря бедности и скученности в жилых помещениях, при полном отсутствии самых элементарных мер по содержанию их в чистоте, указанные пекарни представляют самые благоприятные условия для загрязнения продуктов производств и тем самым являются могучим фактором в распространении всевозможных инфекций. Тем более, что хлеб являющийся благоприятной питательной средой для развития всевозможных микроорганизмов, является продуктом широкого непосредственного потребления, не подвергаясь больше физико-химической обработке. Наконец, всякие мероприятия санитарного надзора наталкиваются на неподдающиеся учету препятствия и при указанных условиях навряд ли могут повлиять в сторону резкого улучшения санитарных условий производства. Сравнительно более благоприятные условия отмечаются в пекарнях кооперативных и госучреждений.

II.

Кооперативные пекарни руководствуются соответствующими отделами, от которых они получают, инструкции, как административного характера, так и хозяйственного, эти же отделы снабжают пекарни продуктами для хлебопечения. На месте руководит работой пекарни заведующий.

Переходя к технике производства приходится отметить, что во всех пекарнях гор. Минска до сих пор существует ручной кустарный способ. В кооперативных пекарнях существует подразделение труда; ответственными лицами за доброкачественность выпекаемого товара являются мастера пекаря-специалисты, они следят за работой своих помощников и делают им указания. В частных пекарнях, в которых в большинстве случаев не имеется наемной силы, сам предприниматель является выполнителем всей работы.

До росчина мука просеивается (не во всех случаях) ручным способом через сита №№ 22 и 26, служащие только для удержания случайно попавших грубых примесей.

Закваска муки производится в деревянных длинных ящиках-квашнях, вместимостью 6—10—12 пудов. Для расчина пшеничного хлеба употребляются дрожжи из расчета ¼ ф. на пуд (в пекарнях ЦРК), воды употребляется 15 ф. на 1 пуд 30 ф. и оставляется для брожения на 4—5 часов в зависимости от окружающей t°.

Меска теста производится руками (эта работа считается самой тяжелой) после чего тесто оставляется на 2 часа для дальнейшего брожения разрыхления—всхода теста.

Соли обычно во время мески прибавляется ½ фунта на пуд. В некоторых случаях еще прибавляется сахар и постное масло от ½ до 2 ф. на пуд, где сахар благодаря процессу брожения образует CO_2,

таким образом больше разрыхляет тесто, а масло задерживает улетучивание ее, чем достигается большая пористость хлеба.

Росчин ржаного хлеба производится на закваске остающейся от предыдущей выпечки, которая или снимается в ушат перед меской теста (в ЦРК), или последней служит выскреб теста со стенок квашни, где она и остается до следующей выпечки.

Продолжительность хранения закваски, зависящая от промежутков между выпечками, в пекарнях ЦРК 3—4 часа, а в остальных от 6 до 48 часов.

Обновления или освежения закваски обычно не производится. Соли берется на пуд $^3/_4$ фунта и воды 24—25 ф. (ЦРК). Дальнейший процесс созревания предоставляется опыту мастера.

Разделка и формовка теста производится на крышках квашен, при чем пшеничное тесто (ЦРК) взвешивается.

Для выпечки хлеба существуют печи 2-х типов: обыкновенные русские печи и печи типа генерала Васмунда, которые представляют из себя усовершенствованные русские печи. Существенные особенности печей последнего типа заключаются в следующем: 1) устье печи закрывается плотной двухстворчатой дверцей, 2) высота топки от пода значительно ниже и у замка она ниже, чем у слепого конца, 3) отопительные камеры изолированы плохим проводником тепла, 4) дымоход начинается от задней стенки 2—3 каналами и идут над сводом, открываясь над замком печи в дымоходную трубу. Указанными особенностями достигается увеличение теплоемкости печи, экономия топлива, равномерное нагревание печи и возможность регуляции тепла и пара.

Все эти моменты дают им большое преимущество перед русскими печами. Таких печей имеется 27% к общему числу пекарен. Определение t^0 при посадке хлеба производится мастером по опыту, ни одна печь не имеет пирометра. Время выпекания зависит от величины хлеба. Так для ржаного хлеба весом в 4 к. от 1 ч. 15 м. до 1 ч. 20 м., пшеничного весом в 1600,0 от ½ ч. до $^3/_4$.

Специальные места для остывания хлеба имеются лишь в пекарнях ЦРК и редко в других пекарнях. После выпечки хлеб укладывается ребрами на полки, но не редко приходилось наблюдать укладку один на другой плашмя, что не может не оказать влияние на качество хлеба.

Что касается квашен, то они исключительно деревянные—длинный ящик сбитый из досок, с неплотно прилегающей крышкой, вместимостью от 2 до 12 пудов. Столы за исключением „пекарен-кухонь" отсутствуют. В остальном мелкий инвентарь во всех пекарнях кустарного типа. В зависимости от об'ема производства учтен был достаток и недостаток инвентаря, а также исправность и содержание его, при чем оказалось следующее: достаточно 45%, недостаточно—14% посредственно—41%. Состояние удовлетворительно—77%, неудовлетворительно—11%, посредственно—12. Содержится чисто—9%, грязно—24%, терпимо 67%. Неисправность и неудовлетворительная чистота выражается в присутствии щелей в крышках и стенках квашен, в которых разводится грязь, дающая возможность развиться всевозможным микроорганизмам, влияющим на закваску, а следовательно и неблагоприятно на процессы брожения в тесте; несвоевременная очистка, близость к грязным предметам и т. д.

Вопрос о судьбе хлеба после выпечки, т. е. о продвижении его к населению и возможно лучшая охрана его от загрязнения безусло-

вно не может не считаться также достаточно важным. К сожалению и в этом вопросе даже наиболее хорошо поставленные пекарни, как пекарни ЦРК, несмотря на имеющийся в их распоряжении крытый автомобиль и повозки, весьма часто перевозят хлеб в незакрытом грузовом автомобиле. Все же мелкие пекарни перевозят свою продукцию на рынок обычно в маленьких ручных тележках, грязных, открытых, или переносят в корзинах, которые оставляются где попало и благодаря которым хлеб легко загрязняется.

III.

Для ознакомления с качеством хлеба нами произведено исследование 51 образцов, из коих черного 9 образцов, пеклеваного 31 и белого 11.

Попутно отметим, что пеклеваный хлеб пользуется значительно более широким распространением среди населения, чем черный, а потому и является преобладающим в продукции местных хлебопекарен. Так пекарнями ЦРК черного хлеба выпекается всего 8% по отношению к пеклеваному. Приблизительно такое же соотношение в частных пекарнях.

Анализ производился обычный, принятый для оценки хлеба, а именно: 1) внешний вид и органолептическая проба, 2) вес 100 кб см. хлеба, 3) пористость, 4) отношение веса корки к весу мякиша, 5) влажность корки, мякиша и хлеба в целом, 6) кислотность и 7) зола. В части случаев, когда одновременно имелись образцы муки вместе с пробами хлеба определялся также припек и выход хлеба. Полученные данные представлены на сводной таблице, в которой результаты анализов пеклеваного хлеба представлены для кооперативных и частных пекарен в отдельности. Для черного и белого хлеба ввиду отсутствия какой-либо разницы в полученных результатах об'единены вместе. Отметим, что в дальнейшем изложении мы останавливаемся подробно на методике исследований, принимая во внимание в какой тесной связи находятся результаты анализов с методикой лабораторного исследования.

Внешний осмотр хлеба представляет ту обычную обывательскую мерку, которая дает уже целый ряд весьма ценных данных для суждения о качестве его. Так, хорошо выпеченный хлеб покрытый с поверхности блестящей поджаренной (не пригоревшей) умеренно толстой коркой без трещин и вздутий, постепенно переходящей в рыхлый равномерно-ноздреватый мякиш губчатого строения.

Кроме указанных особенностей, обращалось внимание на присутствие закала, большой ноздреватости, мучных комьев, на упругость при надавливании пальцем. В исследованных образцах белого и пеклеваного хлеба мы ни разу не могли констатировать каких-либо резких нарушений этих внешних свойств хлеба. В двух образцах черного хлеба верхняя корка оказалась пригорелой и отстоявшей от мякиша, имелся закал, мякиш был липкий и маркий и при надавливании оставлял ямку Почти во всех образцах черного хлеба в 8 случаях из девяти и во многих образцах пеклеваного в 7 образцах из 31 был отмечен кислый запах и вкус, доходивший в некоторых образцах черного хлеба до высокой степени и делавший его совершенно негодным к употреблению.

Определение удельного веса хлеба производилось путем определения веса 100 кб. см. его, для чего вырезался из мякиша кубик со сторонами 4×5×5 см. и взвешивался на аналитических весах. Нами получены следующие результаты, которые приводятся для сравнения с данными Ленинградской санитарной лаборатории:

Таблица № 8.

	Вес 100 кб. см. черного хлеба.			Полубелого.			Белого (пшен.)		
	макс.	миним.	средн.	макс.	миним.	средн.	макс.	миним.	средн.
Ленинградск.	73,14	48,55	61,83	62.4	36,85	—	40,0	20,33	—
Минский частн. . . .	75,05	54,12	68,86	58,77	43,38	50,12	31.50	23,48	27,07
Минский коопер. . .	73,70	61,12	67,41	58,45	46,88	52,83			
по Праузинцу	--	—	58,5	—	—	42,5	—	—	38,7

Из указанной таблицы видно, что удельный вес хлеба, зависящий от 2-х главных моментов от пористости и влажности его, а посему чем меньше удельный вес, тем лучше хлеб, в наших данных, как максимальные и минимальные, так и средние цифры черного хлеба выше таковых Ленинградского черного хлеба. По Праузинцу в среднем удельный вес ржаного хлеба составляет 0,585, т. е. значительно ниже полученного нами 0,674 и 0,686. Пеклеваный несколько ближе подходит к нормам, имея максимальную более низкую цифру, а минимальную более высокую цифру удельного веса, т. е. не дает больших колебаний, но среднюю выше чем по Праузинцу, также и белый хлеб-пшеничный дает меньше колебания уд. веса, а средние ниже чем по данным Праузинца.

Что касается пористости хлеба, являющейся одним из главных признаков доброкачественности его, т. к. доступность хлеба действию пищеварительных соков в известной степени обуславливается его скважностью, то она находится в тесной зависимости от процесса брожения теста и последующей его выпечки. Определение пористости производилось по общеизвестному способу проф. Якоби и в сопоставлении с данными Ленинградской санитарной лаборатории 1904—1912 г. г. и нормами Московского санитарного института для черного хлеба представлена на следующей таблице:

Таблица № 9.

Пористость ржан. хлеба.			
	макс.	миним.	средн.
Ленинградск. лабор. .	66,32	30,67	48,32
Нормы М. С. И. . .	—	—	45-46
Минский частн. .	46,29	33,33	39,93
Минский коопер .	57,40	33,33	45,37

Таким образом в данном отношении отмечается более низкая средняя пористость черного хлеба, как в частных, так и в коопера-

тивных пекарен. Пеклеваный и белый хлеб дали сравнительно хорошую среднюю пористость.

Переходим к результатам относительно влажности хлеба, которая служит одним из важнейших опорных пунктов для санитарной оценки хлеба и при всех как научных, так и практических анализах хлеба определение его влажности считалось всегда обязательной и существенной задачей. По этому поводу мы находим у Neumanna (Das Brot): „Особенно важно держать влажность хлеба в определенных границах, т. к. от нее зависит пористость хлеба и она является важным регулятором содержания других составных частей хлеба. Так с увеличением влажности особенно падает количество углеводов, также белки и жиры уменьшаются, правда не в столь резкой степени. Хлеб содержащий большой % воды бывает неприятным на вкус, его мякиш липким и марким. При хранении быстро портится покрываясь плесенью.

Методика определения влажности хлеба применялась нами по наиболее общепринятому принципу (Мазинг, Самгин, Мелик-Бегляров, Покровский и др). Сначала определялся % содержания корки и мякиша в хлебе, что производилось на 1/4 каравая, далее определялась влажность путем высушивания навески из верхней и нижней корки. а также из мякиша при t. 100—105° в течении 4—6 часов. Общая влажность хлеба вычислялась по формуле

$$X = \frac{a.\ в + a_1\ в_1}{a + a_1}$$

где:
а—вес всего мякиша хлеба
a_1— „ всей корки
в—% содержания влажности в мякише
$в_1$—% содержания влажности в корке.

Результаты в сравнении с литературными данными разных авторов приведены в след. т-цах № 10 и № 11.

Таблица № 10.

Авторы.		Влажность:		
		корки.	мякиша.	хлеба.
Bibra		17—27	40—48	30—41
Fischer		15,8—25,5	37,0—50,3	33,8—45,3
Rivot		17—18	42—43	33—34
Lehmann		—	—	40—45
Rönig		—	—	35,49—48,57
Bischoff		—	—	—
Эрисман		—	45—48	—
Хлопин		—		—
Наши результаты.	черн.	11,67—13,85	46,96—47,15	40,72—42,00
	пекл.	14,47—15,51	40,49—41,21	36,2—36,4

Таблица № 11.

	Для белого хлеба:				
	по дан. разн. авторов:		по нашим данным:		
	максим.	миним.	макс.	мин.	ср.
Влажность мякиша .	49,91 (Мазинг).	33,86 (Самгин).	45	36	40,96
„ корки . .	21% (Fehling).	11,9 (Мазинг).	24	11	15,02
„ хлеба . .	48,2 (Гондзикев.).	32,2 (Самгин).	39,7	31,6	36,5

Отметим, что по мнению Пржибытека высокие цифры влажности хлеба, полученные Ленинградской городской лабораторией, а именно в 81,98% влажность мякиша была выше 49%, должны быть об'яснены желанием пекарей получить наибольший припек. Наши данные, касающиеся черного хлеба, ни разу не превышали цифры 49%, но в общем стоят близко к ней, а именно 46,96—47,15 (средняя влажность мякиша), таким образом для черного хлеба влажность должна считаться несколько высокой. Сравнительно более благоприятные результаты показывает пеклеваный хлеб, влажность которого держится на средних цифрах, ближе всего подходящим к нормам Rivot, приведенным для хлеба хорошего качества. Также и данные для белого хлеба (пшеничного) дают вполне благоприятный результат.

Попутно отметим, что так как главная масса воды в хлебе бесспорно приходится на долю мякиша и на основании исследований установлено, что содержание воды в мякише хлеба почти такое-же как было в тесте, приготовленном для выпечки хлеба, то возникал вопрос, нельзя ли составить достаточное для практических целей представление о влажности хлеба, принимая во внимание лишь влажность мякиша, как это практикуется многими лабораториями. Рассматривая наши таблицы мы могли отметить, что максимум разницы между данными влажности мякиша и влажности хлеба все же достигает 9,7%, минимум 2,2%, а в 78% разница равнялась от 3—6%. Приблизительно такие же цифры получены Виноградовым - Волжинским maximum 7—10%, minimum 2—3%, у Rivot средняя разность 6—8%, максимальная 10,14%. Таким образом и наши данные подтверждают мнение указанных авторов, что разница достаточно значительная, чтобы отказаться от мысли судить о влажности хлеба, руководствуясь исключительно % содержания воды в мякише.

Кислотность хлеба, получающаяся вр езультате, с одной стороны, кислой реакции муки и, с другой, под влиянием бактерий во время брожения теста не должна превышать определенных норм. Перекисший хлеб невкусен, вызывает раздражение желудочно - кишечного тракта, усиливает перистальтику кишек, вызывая поносы и заметно понижая усвояемость хлеба. Слишком большое содержание кислоты, по мнению Подвысоцкого, особенно вредно для детей, т. к. ведет к отнятию извести от фосфатов и к развитию у детей рахитизма. Lehmann на основании многих исследований составил следующие обозначения кислотности:

1— 2° пресный
2— 4° едва кислый
4— 7° слабо „
7—10° кислый

10—15° сильно кислый
15—20° негодный-кислый.

(Под градусами подразумеваются количество кб. см. нормальной щелочи потребных для нейтрализации кислоты в 100 уч. хлеба).

По Neumann'у ржаной хлеб не должен превышать 10° кислотности. По данным Ленинградской гор. лаборатории 1904—1912 г.: max. 17,0, min—2,6, среднее—10,4. Нормы М. С. И не выше 15°. Наши данные обнаружили чрезвычайно высокую кислотность, в особенности для черного хлеба, достигшую в одном случае 30° и составлявшую в среднем почти ололо 20°. Также и для пеклеваного хлеба получен результаты не могут считаться в достаточной степени благоприятными. Средняя кислотность достигает 11,8° и %% превышающих 15° составляет 22,6%. Кислый вкус хлеба нами отмечен выше. Такая чрезмерная кислотность особенно черного хлеба об'ясняется, по нашему мнению тем, что промежутки между выпечками черного хлеба довольно продолжительны, ввиду того, что Минский рынок пред'являет на черный хлеб небольшой спрос, то же имеет место и для пеклеваного хлеба в мелких пекарнях, т. к. обычно в них срок между выпечками 24—48 часов. В закваске, оставшейся от прежней выпечки, сохраняемой к тому же большей частью при комнатной t°-ре (а не при низкой) успевает накопиться большое количество бактерий брожения (B. acidi lactici, B. lactis acidi. B. acidifaciens longissimus), которые действуют угнетающе на рост дрожжевых грибков и способствуют перевесу кислотного брожения. Кроме того промежуток для брожения часто довольно длительный (6—7 часов). Подобное отмечено у Neumann'a (Das Brot). Им отмечено после того как был проведен закон, что работы от 7 вечера до 7 утра прекращались, при чем накануне готовилось тесто для утренней выпечки, качество хлеба резко ухудшилось, при чем особенно увеличилась кислотность.

Количество золы имеет то значение, что указывает в случаях повышенных цифр на присутствие посторонних минеральных примесей в хлебе.

Нормы для ржаного хлеба 1,5—2%, для пшеничного 0,6—1,2. Наши результаты, представляющие общее количество золы (включая Na Cl) в общем не выходят за пределы указанных норм.

В заключение остановимся на вопросе о припеке хлеба, который по Давыдову есть ничто иное, как вода удобно замаскированная хлебом, благодаря искусству хлебопечения. Припек вычисляется обыкновенно по формуле Давыдова:

$$D = \frac{100\ (p - a)}{100 - p}$$, где p—% воды в хлебе
a— „ „ „ муке.

Т. к. припек является алгебраической суммой (Виноградов-Волжинский) из 3 слагаемых: 1) воды прибавленной к муке для образования теста (A), 2) воды теряемой при печении хлеба до момента исследования и 3) потерь самого вещества муки (a) при брожении и печении (A-m-a), то получается, что вычисление по вышеуказанной формуле Давыдова дает несколько повышенные результаты. Давыдов, сознавая неточность данной им формулы, предложил вторую, в которой учтена общая весовая потеря при печении хлеба, которую Давыдов считал $\alpha=3$. Таким образом 2-ая формула представляет:

$$D_2 = \frac{100\ [p - (a + \alpha)]}{100 - p}$$ где $\alpha=3$

Проверка Виноградова-Волжинского. (Сравнительная оценка формул припека и выхода хлеба. Профилакт. мед 1925 г. N 8) показала, что истинный припек лежит приблизительно по середине между зна-

чениями D_1 и D_2, а при влажности равной 50% он точно равняется $\frac{D_1+D_2}{2}$. Т. к. средняя цифра влажности хлеба в наших данных приближалась к 50% (40,49—47,15%), то мы считали возможным при вычислении припека пользоваться формулой $\frac{D_1+D_2}{2}$. Средняя влажность муки, получена нами для ржаной 10—11%. Полученные нами результаты (см. сводную таблицу) в общем дали цифры средние, несколько более повышенные для черного хлеба 49,5% в среднем, при норме от 40—50%. Результаты, в общем, более низкие чем по данным Ленинградской городской лаборатории. Что же касается пеклеваного хлеба, то результаты вполне удовлетворительные.

На основании общей сводки результатов анализа хлеба г. Минска мы можем отметить, что исследованн. нами черный хлеб должен считаться по качеству недостаточно удовлетворительным: ввиду повышенной кислотности, слегка увеличенной влажности и сравнительно пониженной пористости, при цифрах припека приближающих к высшему допустимому пределу нормы.

Пеклеваный хлеб должен в общем считаться удовлетворительным на 75%, за исключением 25%, дающих повышенную кислотность. Белый пшеничный хлеб вполне удовлетворительного качества.

Выводы.

На основании произведенного нами санитарного и лабораторного обследования Минского хлеба и условий его производства, считаем возможным сделать следующие выводы:

1. Хлебопекарное дело в г. Минске в значительной степени сконцентрировано в многочисленных мелких кустарных производствах, в которых работа производится при самых неблагоприятных санитарных условиях, способствующих загрязнению продукта широкого потребления, каким является хлеб.

2. Мелко-кустарный характер производства, кроме высокой экономической нерациональности, совершенно лишает органы санитарного надзора возможности влиять на санитарное состояние хлебопекарен.

3. Недостаточное обеспечение пекарнями г. Минска всего населения печеным хлебом (около 40% потребления) находится в тесной связи с недостаточным охватом хлебопекарного дела кооперативными учреждениями.

4. Недостаточная квалификация работников, отсутствие соответствующего оборудования и недостаточно серьезное отношение к производству оказывает неблагоприятное влияние на качество продукции (неудовлетворительное качество черного хлеба см. выше).

5. Несоответствующее в санит. отношении помещения (подвал, отсутствие вентиляции, сырость) при условиях тяжелого труда не могут не оказать вредное влияние на занятых в производстве рабочих (30% больных tbc в пекарнях ЦРК по данным освидетельств. 1925 г.).

6. В целях улучшения хлебопекарного дела желательна: централизация его в руках кооперативных организаций, под наблюдением санитарных органов, рационализация производственного процесса хлебопечения путем создания крупного хорошо оборудованного хлебопекарного завода, повышения квалификации работников, проведение санитарно-гигиенических мероприятий и выработка стандартов муки и хлеба.

Сводная таблица результатов анализа Минского хлеба.

№№.	Какой хлеб.	Откуда получен хлеб.	Количество обр.	Средн. вес в грм.	Вес 100 кб. см.			Пористость.			Отношение веса корки к весу мякиша.	Влажность: корки.			Влажность: мякиша.			Влажность: хлеба.			Зола:			Кислотность в градусах.			Припек.		
					мин.	макс	ср.	мин.	макс	ср.		мин.	макс	ср.	мин.	макс.	ср.	мин.	макс.	ср.	мин.	макс.	ср.	мин.	макс.	ср.	мин.	макс.	ср.
1	Черный.	Частн. и коопер	9	3900	54,12	75,05	68,54	33,33	57,40	41,14	1:5,6	11,00	15,00	13,37	44,66	48,70	47,00	36,9	43,74	41,00	1,77	2,67	2,09	11,00	30,00	19,58	41,00	59,80	49,50
2	Пекл. .	Частных.	21	3000	43,38	58,77	50,12	35,19	63.00	55,07	1:4,7	10,66	17,70	14,47	34,33	44,60	41,21	31,70	44,00	36,20	1,33	2,33	1,69	5,00	28,00	11,81	22,50	42,50	32,90
3	Пекл. .	Коопер .	10	3700	46,88	58,45	52,83	44,40	61,11	52,78	1:5,1	11 67	18,33	15,51	34,30	48 30	40,49	30,70	41,40	36,40	1,00	2,33	1,87	8,50	17,00	13,18			
4	Белый пшен. .	Частн. и коопер.	11	1600	23,48	31,50	27,07	72,22	77,77	75,93	1:4,3	11,0	24,00	15,02	45,00	40,96	31,60	31,60	39,70	36,50	0,50	1,70	1,10	2 00	5,00	2.90	—	—	—

Литература.

1 В. Л. Омелянский. Хлеб его приготовление и свойства. Г. И. З. Ленинград 1924 г.

2. Prof. D-r Med. et Phil. R. O. Neumann. Das Brot. Berlin 1922 г.

3. Prof. D-r Ph. Weyls. Haudb. der Hygiene. Prof. D-r A. Stutzer. Nahunngs-und qenussmittel. 1913.

4. Отчет Петербургской санитарной лаборатории за 1908—1912 г. г.

5. Отчеты Московской городской санит. лаборатории (за разн. годы).

6. А. С. Титов. Хлебопекарное и мучное дело в Москве. (Сборник статей по вопросам пищевой санитарии и гигиены. Москва. 1925 г.).

7. Дебу. Хлебопекарное производство. 1912 г.

8. М. Ю. Бродский. Питание с.-хоз. рабочих на Украине. (Профилакт. Медицина №№ 2—3 за 1925 г.).

9. Н. В. Палладин. Анализ муки и хлеба. (Руководство к анал. пищев. продукт. Палладин и Собянин).

10 D-r В. А. Виноградов-Волжинский. К вопросу об опред. влажн. хлеба на основании опытных данных (Гигиена и эпидем. № 1. 1924 г.).

11. В. А. Яковенко. Сравнительная оценка формул припека и выхода хлеба. (Проф. медиц. № 8. 1925 г.).

Интересный с бытовой стороны случай третичного сифилиса.

Из клиники кожных и венерических болезней Белорусского Государственного Университета (Директор проф. В. Ю. Мронговиус).

Ассистента С. К. Розенталя.

Случай, фотография которого изображена на рисунке, интересен не только по исключительным размерам разрушений, но, главным образом, по своей бытовой стороне: в течение 6 лет, несмотря на прогрессирующий процесс, больной лечился только „своими средствами" у знахарей и не обращался к врачебной помощи. При виде конечного результата можно лишь поражаться человеческому долготерпению, а также темноте нашей деревенской глуши. Подобного рода случаи говорят сами за себя и должны были бы быть не только опубликуемы в медицинской печати, но и используемы как агитационный материал в санитарно- просветительной работе.

Больной 30 лет, Борисовского округа. Источника заражения не знает. Считает себя больным 6 лет, в течение которых на теле появились язвы, а также постепенно шло разрушение носа. Окончательно нос разрушился год тому назад и из'язвления распространились на обе щеки и верхнюю губу. Общее состояние все время было хорошим. Мог работать. Головными болями никогда не страдал.

В клинику поступил 25/VI—1925 года в еще худшем виде, чем это видно на фотографии, так как последняя снята к концу лечения. В начале же по сторонам от отверстия, ведущего в полость разрушения обе щеки и нижние веки обоих глаз были заняты бугорково-язвенным сифилидом, почти зарубцевавшимся к моменту с'емки. Полностью разрушены весь носовой остов, носовые раковины, мягкое и твердое небо и передняя часть альвеолярного отростка верхней челюсти. Из зубов верхней челюсти сохранены: справа—клык с частью обнаженным корнем, оба премоляра и 3 моляра; слева—оба премоляра и 3 моляра. Верхня губа разрушена почти целиком, остаток ее имеет вид тонкой перемычки. В результате разрушений образовалась обширная полость ограниченная сверху дном черепной коробки, сзади—задней стенки носо-глотки, снизу—языком и дном рта. Стенки этой полости при поступлении были покрыты обильными гнойными корками, а к концу курса очистились и зарубцевались. Речь невозможна, но затыкая дыру комком марли больной в состоянии разговаривать. Аппетит хороший. Больной справляется как с твердой, так и жидкой пищей и не жалуется на затруднения при глотании.

Помимо разрушений на лице имеются еще на туловище многочисленные характерные рубцы различной давности. Внутренние органы в норме.

Заканчивая краткое описание этого случая мы должны указать, что в нашей клинике отнюдь не редко попадаются случаи аналогич-



ные с бытовой стороны, вышеприведенному. Думается,[1]) что в этом отношении наша клиника не составляет исключения в ряду других клиник Союза, а это только лишний раз говорит о темноте нашей деревни и об общественной необходимости ее оздоровления.

---

[1]) Ср. Зильберг „2 случая запущенного сифилиса в связи со знахарством" Дерматология и Венерология 1925 г. № 3.

Здравоохранение в Белоруссии за 1924—25 г.г.

Тезисы к докладу Народного Комиссара Здравоохранения БССР, М. И. Барсукова, на 2-ом Всебелорусском совещании заведующих окружными отделами здравоохранения, рабмедов и участковых врачей, делегатов I Всесоюзного Участкового С'езда.

1. Строительство здравоохранения в Белоруссии особенно затрудняется тем, что здесь наиболее резко сказывается тяжелое наследство, полученное от царизма и войн: империалистической и гражданской.

Отсутствие крупной промышленности и, преимущественно, крестьянско-кустарный характер народного хозяйства, экономическая и культурная отсталость белорусского крестьянства и еврейского местечкового населения вызывают особые подходы и своеобразные формы построения медико-санитарной организации.

Вследствие этих тяжелых бытовых и экономических условий, в Белоруссии отмечается массовое распространение социальных болезней в деревнях и местечках. В то самое время, когда белорусское крестьянство захвачено в огромном большинстве туберкулезом, трахомой, сифилисом—местечковое еврейство помимо туберкулеза, парши имеет тенденцию к нервно-психическому вырождению.

Между тем наличие существующей медико-санитарной сети в городе, а, в особенности, в деревне, крайне недостаточно, как в количественном, так и в качественном отношении. Подобное положение вещей в первую очередь ставит под угрозу восстановление крестьянского хозяйства, ибо оно особенно нуждается в оздоровлении труда и быта. Таким образом, то, что в некоторых частях нашего Советского Союза представляет уже давно пройденный этап строительства здравоохранения, здесь, в Белоруссии, является вопросом текущего дня.

2. Основой санитарного благополучия города и деревни, помимо климатических и почвенных условий, является: система снабжения водой, способ очистки и удаления нечистот, наличие замощенных улиц, типы и достаточное количество жилых построек, доставка населению доброкачественных продуктов питания и массовая организация общественных столовых.

Между тем в Белоруссии все перечисленные элементы находятся в крайне неудовлетворительном состоянии.

Ни один из окружных городов Республики не обеспечен полностью водопроводом. Только Минск и Витебск в водопроводном отношении удовлетворены до 70—80%. Остальные города—Полоцк, Могилев, Орша, Мозырь и Бобруйск удовлетворены частично до 25%; Слуцк, Борисов и Калининск совсем не имеют водопровода и пользуются лишь колодезной водой.

Состояние существующей водопроводной сети неисправно и требует капитального ремонта.

Канализации в городах нет, практикуется вывозная система, и лишь в некоторых городах (Минск, Витебск) имеются частично поглощательные колодцы, которые в силу долголетней неочистки крайне загрязнены. Ассенизационным обозом округа обеспечены лишь на 50%. Большая часть нечистот в городах остается неубранной. В Борисове около 40% усадеб совершенно не имеют уборных.

Процент замощения улиц колеблется между 6—10 и 33%. Отсутствие мостовых падает, главным образом, на городские окраины, население которых преимущественно составляют рабочие.

Жилищный кризис в Белоруссии особенно резко чувствуется. Не пострадали от военных действий только Витебск, Орша и Калининск, остальные семь окружных городов разрушены снарядами и пожарами от 30 до 50%. Особенно сильно пострадали Полоцк, Борисов и Бобруйск. Самый тип построек на 90% не имеет элементарных правил санитарной техники. Говорить о местечках и о деревне не приходится. Последние, в полном смысле слова, находятся в антисанитарных условиях. Надзор за продуктами питания еще только налаживается. Организация общественных столовых недостаточна, как в качественном, так и в количественном отношениях.

3. Наличие бань и дезинфекционных установок крайне недостаточно. Если город в слабой степени удовлетворен этими учреждениями—в деревне и местечках они почти отсутствуют. Изоляционные дома имеются лишь по одному в Могилеве и Витебске. На 4.171.886 населения в БССР приходится всего лишь 378 заразных коек, из которых около 80% падает на окружные города. Между тем ранимость заразными болезнями в БССР высока. На каждые сто человек—1,5 переболели инфекционными заболеваниями.

4. Климатические и почвенные условия Белоруссии не вполне благоприятны в санитарном отношении. Климат сырой, с преобладающими северо-западными ветрами. Огромное пространство территории является заболоченным. Почва суглинисто-песчаная.

Население, по своему национальному составу, состоит в городах:

Евреев	260.044
Белоруссов	240.060
Русских	62.730
Поляков	14.510
Прочих	11.837

В сельских местностях:

Белоруссов	2.719.139
Русских	580.545
Евреев	187 623
Поляков	73.405
Прочих	21.993
	3.582.705
Всего	4.171 886

Естественное движение населения в БССР

выражается в следующих цифрах: на 1000 чел. населения за 1924 г. приходится.

	Рождаемость (1924 г.).	Смертность. (1924 г.).	Естествен. прир. или минус (1924 г.).	Детская смертность от 0 до 1 года. (1924 г.).
Окружные города:				
Бобруйск	43,4	19,0	24,4	9,23
Борисов	45,2	20,8	24,4	14,21
Витебск	30,0	17,0	13,0	9,91
Климовичи	34,4	13,6	20,8	7,89
Минск	37,0	17,6	19,4	10,08
Могилев	38,7	17,3	21,4	8,89
Мозырь	58,7	26,3	32,4	8.33
Орша	44,0	16,2	27,8	8,50
Полоцк	47,3	24,1	23,9	9,94
Слуцк	34,4	13,6	20,8	5,14
Районные города:				
Горки	17,6	8,2	9,4	4,35
Городок	24,1	6,1	18,0	6,33
Дрисса	32,0	12,6	19,4	2,17
Лепель	41,5	15,1	26,4	6,82
Мстиславль	27,4	21,4	69,0	11,48
Рогачев	28,6	13,9	14,7	14,29
Сенно	20,0	11,2	8,8	6,96
Старый Быхов	30,1	6,6	23,5	0,99
Чаусы	28,4	7,0	21,4	4,11
Червень	37,6	26,0	11,4	10,68
Чериков	29,6	19,4	10,5	22,35
Округа:				
Бобруйский	51,2	16,8	34,4	9,06
Борисовский	53,8	17,8	36,0	8,13
Витебский	36,5	14,5	22,0	6,75
Калининский	41,0	12,9	28,1	6,99
Минский	50,4	20.8	29,6	10,39
Могилевский	37,0	10,3	26,7	6,57
Мозырский	46,6	15,0	31,6	8,68
Оршанский	47,4	18,1	29,3	9,22
Полоцкий	37,6	14,2	23,4	5,04
Слуцкий	50,5	20,5	30,0	10,10
Итого в городах	36,3	17,3	19,0	9,59
„ „ округах	44,8	15,8	29,0	8,22
„ „ БССР	43,8	16,0	27,8	8,34

5. В БССР наиболее опасными заболеваниями, в смысле массового распространения, являются:

а) желудочно-кишечные болезни, брюшной тиф и дизентерия, развитие которых тесно связано с общей санитарно-технической неустроенностью, отсутствием канализации и плохим санитарным надзором за источниками водоснабжения;

б) туберкулез, сифилис, трахома, парша (фавус) и чесотка, зависящие от экономической и культурной отсталости. На распространении сифилиса особенно резко сказалась империалистическая война;

в) малярия, развитие которой происходит от огромного количества заболоченных мест, недостаточности мелиоративных работ по осушке болот и от слабости санитарной организации;

г) детские болезни—скарлатина, корь, дифтерия, коклюш, вызывающие ежегодно огромную детскую смертность. Особенно надо выделить скарлатину, которая в чрезвычайно большом размере захватила всю Белоруссию; большое место занимает заболеваемость глистами. Борьба с распространением детских болезней осложняется недостаточностью как заразных коек, так и слабостью школьно-санитарного надзора. Есть еще специфические для БССР болезни, как риносклерома, зобатость и детский туберкулезный менингит. За последний год обнаружен один случай проказы (Минский округ). Сыпной и возратный тиф имеют тенденцию к уменьшению.

6. Строительство здравоохранения в БССР имело два главнейших этапа—первый—до укрупнения (1921—23 г.) с уклоном на город и второй—с момента районирования (1924—25 г.) с общей линией, взятой на деревню. Второй этап, в свою очередь может быть также разбит на две части: 1) административное оформление лечебно-санитарной организации, выделение окружных здравотделов из общих отделов благоустройства, реорганизация Наркомздрава; 2) внесение большей плановости в строительство здравоохранения, определенный уклон в сторону сельской медицины, накопление статистических и других материалов по санитарному изучению Белоруссии, установление тесной связи через Ученый Медицинский Совет с Медфаком Б.Г.У. и через Медицинскую Секцию с Институтом Белорусской Культуры. В общем и целом, работу прошлого года можно охарактеризовать, как наметку первоначальных вех и закрепление первичных ячеек во всех областях здравоохранения.

7. Перед Наркомздравом стояли в прошлом году следующие главнейшие задачи.

а) Перестроить весь строй своей работы на максимальное удовлетворение крестьянства в медицинской помощи.

б) Создать вокруг Наркомздрава определенное общественное пролетарское мнение, сплотить вокруг него медицинских работников и заострить внимание их на вопросах сельской медицины.

в) Организовать боевые штабы борьбы с социальными болезнями—Диспансеры, и метод диспансеризации перенести на целый ряд других амбулаторных и лечебных учреждений.

г) Оформить основные элементы санитарного надзора, и через него принять активное участие в коммунальном строительстве. Создать Санитарные Советы при РИК'ах и Сантройки при Сельсоветах, дабы тем самым повысить активность рабочих и крестьянских масс в деле здравоохранения.

д) Приступить к организации карточной системы учета статистического материала и заняться планомерным изучением вопросов краеведческого характера.

е) Приблизить к крестьянству антирабические прививки.

ж) Установить правильное взаимоотношение Окрздравов с Рабмедами, особенно в части, касающейся расходования фонда „Г“.

з) Урегулировать вопросы, связанные с психиатрической помощью.

и) Повысить заработную плату сельских медработников и установить правильное исчисление так называемых „измерителей“ (нормы содержания лечебно-санитарных учреждений).

к) Составить производственный план строительства здравоохранения на несколько лет.

8. Смета по госбюджету на 1924—25 год, в конечном счете, составляла 678.446 рублей или 7% всего государственного бюджета про-

тив 254.500 руб. в 1923—24 г. Таким образом Наркомздрав имел увеличение на 165%. Эта сумма была отпущена на 21 учреждение с 726 штатными единицами, 970 койками и 420.000 амбулаторными и больничными посещениями против 15 учреждений в 1923—24 году. 40% всего бюджета падала на психбольницы, 22% шло на борьбу с социальными болезнями; 14% соматические больницы; 7% шло на село (курортн. помощь, дотация на сельскую медицину).

При этом надо учесть, что половина бюджета больниц, соматических и психиатрических, а также диспансеров использовалась на медицинскую помощь крестьянству, так как эти учреждения, в значительной степени обслуживали прилегающие сельские местности.

Остальные расходы падали на аппарат, детские учреждения и санитарные мероприятия. На одну душу населения по государственному бюджету в 1923—24 г. приходилось 6 коп.; в 1924—25 году—16,2 к. Интереснее всего то, что первоначальная смета Наркомздрава, представленная в НКФ, равнялась 667.000 рублей. Бюджетным совещанием она была сокращена до 531.000 и затем снова восстановлена даже на большую сумму—678.446 рублей. Первое место в госбюджете по расходу составляет заработная плата - 42,2%.

Продовольствие	13,8%
Строительные расходы	11,4%
Хозрасходы	9%
Медикаменты	4%

Необходимо отметить следующие основные черты госбюджета:

а) Увеличение заработной платы врачей и среднего медперсонала сельских местностей;

б) некоторое повышение, сравнительно с прошлым годом, расходов на хозяйственные, медицинские и другие надобности. Повышение было, безусловно, недостаточно, в силу чего потребовалось увеличение кредитов по всем расходным статьям в следующем квартале.

9. Местный бюджет на 1924-25 г. составлялся из республиканского (протезная мастерская, Центральный Дом Санпросвета, Диспансеры) окружного и районного.

Всего было отпущено 2.071.222 рубля вместо прошлогодних 1.472.157 рублей. Удельный вес расходов по здравоохранию, по сравнению с общим бюджетом Окрисполкомов остался таким же, т. е. 12%. Увеличение касалось, главным образом, сельской медицины, борьбы с соцболезнями и учреждений по охране материнства.

Республиканский бюджет составлял	5,2%
Окружной	58,8%
Районный	36%

Увеличение, сравнительно с прошлым годом, составляло 30%. На сельскую медицину тратилось 36% всего бюджета.

На горожанина приходилось . . .	2 руб. 50 коп.
На селянина	— 20 „
В среднем на одного гражданина .	— 50 „

При анализе расходов особенно резко выделяется заработная плата, которая составляет почти 60% всего местного бюджета. В дореволюционное время процент колебался от 28—35%. Это указывает на бедность как оборудования, так и снабжения лечебно-санитарных учреждений.

Необходимо также отметить высокий процент расходов по охране материнства и младенчества. Основным дефектом всей местной сметы был „измеритель", который не давал возможности в достаточной степени нормально функционировать учрежедниям НКЗ Бел.

10. Недостатки прошлого бюджета об'ясняются, главным образом, во первых—районированием всей Белоруссии, отсутствием достаточно проработанных в округах материалов, и во вторых—общей бедностью народного хозяйства Белоруссии, которая, в связи с укрупнением имела перед собой целый ряд срочных заданий по восстановлению сельского хозяйства и промышленности. Недостатки были учтены при составлении бюджета на 1925-26 г, который прорабатывался на целом ряде совещаний и с'ездов.

Особое внимание Наркомздрав уделял вопросу об „измерителях", исчислению стоимости содержания районных больниц и врачебных амбулаторий. В этом вопросе Наркомздрав достиг значительного повышения сравнительно с прошлогодней нормой.

11. При составлении государственного бюджета на 1925-26 г. Наркомздрав руководствовался:

а) необходимостью всемерной разгрузки местного бюджета путем передачи на государственное содержание целого ряда учреждений;

б) нормальным построением измерителей;

в) значительным усилением расходов по охране материнства, младенчества и детства;

г) увеличением числа учреждений по борьбе с соцболезнями, в том числе включение со сметы Наркомпроса некоторых детских домов;

д) расширением психиатрической помощи;

е) усовершенствованием медперсонала, укреплением и повышением квалификации существующих лечебно-санитарных учреждений;

ж) включением расходов по Ученому Медицинскому Совету и изданию журнала „Белорусская Медицинская Мысль".

И по всем этим расходам, красной нитью проходит большее внимание потребностям деревни.

Государственный бюджет утвержден ЦИК'ом в сумме 1.657.745 рублей или 7, 6% всего расходного бюджета Белоруссии, но по последним данным уменьшен Союзным Правительством и оставлен в количестве 1.515.000 р. (сокращение 143.745).

12. Местный бюджет в текущем году состоит лишь из окружного и районного. Общая сумма равняется 3.128.700 руб. или 13,83% из всего местного бюджета.

Значительное количество расходов падает на качественное и количественное усиление сельской сети.

13. Работу в области сельской медицины можно охарактеризовать, как собирательную и подготовительную. В этом отношении огромную директивную роль имел VII-й Всебелорусский С'езд Советов, на котором был в основном набросан план медицинской организации в деревне, а также 1-й Всебелорусский С'езд участковых врачей. То, что было сделано НКЗ, лучше всего характеризует первая часть постановления VII-го С'езда Советов.

I. „VII-й Всебелорусский С'езд Советов, заслушав доклад Наркомздрава БССР, отмечает, что последним было проделана большая работа по внесению плановости в организационное строительство сельской медицины. За счет некоторого сокращения числа прогульных коек и части фельдшерских пунктов, было увеличено материальное и лекарственное снабжение районных больниц и участков. Заработная плата сельскому медперсоналу повысилась. Врачебные амбулатории и больницы были частично пополнены врачами и подсобным медперсоналом. Наркомздрав примерно установил твердую цифру сельской сети, не подлежащей в дальнейшем сокращению. В содержание работы участка была внесена большая внутренняя ясность, и вся деятельность его вполне правильно рассматривалась под углом профилактики, т. е.

оздоровления крестьянского труда и быта. Вопросам охраны здоровья матери и ребенка было уделено значительное внимание. Количество акушерских пунктов и летних полевых яслей увеличилось.

С'езд Советов одобряет открытие Наркомздравом в гуще крестьянского населения показательных аптек, торгующих по себестоимости и без коммерческих прибылей, и поручает правительству БССР принять меры к дальнейшей организации таковых в наиболее осталых районах".

В деревне мы имели: 78 больниц с 1380 койками, 88 врачебных амбулаторий, 33 зубкабинета, 126 фельдшерско-акушерских пунктов, 40 летних яслей, 3 детских консультации. При сельсоветах были организованы сантройки и при РИК'ах—сансоветы

VII-й С'езд Советов дал следующую директиву.

3. „При дальнейшем строительстве медицины в деревне, Правительство БССР должно учесть те главнейшие задачи, которые в настоящее время стоят перед медицинским участком и ждут своего практического разрешения:—наибольшее приближение медицинского обслуживания к гуще крестьянского населения, борьба за здоровый быт, охрана здоровья матери и ребенка, постановка правильного физического воспитания крестьянской молодежи. На основе этого, С'езд Советов поручает Правительству БССР разработать план строительства сельской медицины, полагая, что первые два года строительства надо использовать на качественное укрепление существующей сельской сети, пересмотр ее состава. и на количественное усиление лишь в тех местах, где особенно остро ощущается нужда во врачебной помощи. Главное же внимание в эти два года необходимо обратить на: а) ремонт зданий больниц, б) удовлетворение лечебно-санитарных учреждений полными штатами и транспортом; в) достаточное снабжение больниц и участков хозяйственными и медицинскими средствами, в том числе дезинфекционным н простейшим лабораторным имуществом. При окружных больницах должно быть организовано для крестьян некоторое количество туберкулезных, кожно-половых и трахоматозных (глазных) коек. Необходимо предусмотреть больничное лечение заразных больных, хроников и душевно-больных. Необходимо иметь хотя бы по одному зубному кабинету на район. Остальные пять лет, С'езд Советов считает целесообразным использовать на строительство новой сельской сети, приближая последнюю к норме".

14. Наркомздрав выдвигает следующие основные положения по сельской медицине:

а) врачебная амбулатория с подсобным акушерско-фельдшерским пунктом должна, в первую очередь, превратиться в сельский диспансер;

б) лечебная помощь по всем видам концентрируется в районной больнице.

в) окружная больница должна служить консультацией и иметь в себе ударную группу квалифицированных специалистов по главнейшим отраслям;

г) ремонт, строительная работа.

15. Построение лечебной медицины в городах должно быть направлено, главным образом, к удовлетворению деревни, но с учетом городских потребностей. Городская лечебная организация должна быть организованным дополнением к сельской сети.

Органы здравоохранения, в прошедшем году, по городам располагали: 31 гор. больницей с 2300 койками, 27 амбулаториями, 40 зубными кабинетами.

Основные задачи в области городской медицины, поставленные НКЗ в октябре прошлого года, выполнены полностью. Это касается

организации городских амбулаторий, института скорой и районной помощи в окружных городах.

Задача практического выполнения диспансеризации лечебного дела выразилась в открытии первой показательной ячейки в Минске— клиники профболезней.

16. В области специальной лечебной помощи, перед НКЗ стояли две задачи:

а) организация тех видов помощи, которые соответствуют типу заболеваемости данной местности;

б) организация учреждений обще-республиканского характера.

Задача эта осложнялась недостатком статистических материалов.

Но все же некоторое представление о распространении заболеваемости НКЗ удалось составить.

Так, например, сифилисом наиболее пораженными оказались: Витебский, Минский и Полоцкий округа; туберкулезом—Борисовский, Бобруйский, Слуцкий, Минский и Полоцкий округа; трахомой Калининский, Борисовский, Оршанский, Полоцкий и Бобруйский.

Количество коек для удовлетворения специальных видов помощи крайне недостаточно. По всей БССР насчитывается коек: 130 кожно-венерических, 110—глазных, 100—туберкулезных и 140—санаторно-больничных.

Огромное количество хирургических больных поступает из Борисова; Орша и Слуцк дают преимущественно внутренников. Лечение болезней уха, носа и горла—пока еще не получило практического разрешения.

Наркомздрав, на основе этих данных, планировал свою сеть, и уже в некоторых округах имеет определенные практические достижения: в Бобруйске—туберкулезное отделение, в Борисовском, Полоцком округах—открыты трахоматозные изоляторы—общежития. Вблизи Минска открыта туберкулезная санатория „Красный Октябрь", значительно расширена костно-туберкулезная санатория „Черницы".

Задача: дальнейшее углубление и расширение специальных видов помощи.

17. Особое внимание НКЗ уделял псих. делу, которое в БССР находится в особо тяжелых условиях. Всего мы имеем 570 коек на 725 больных. Между тем психбольных, подлежащих госпитализации, по приблизительному подсчету состоит 2400.

Приступлено к ремонту Могилевской больницы на 100—125 коек и вновь строятся три барака на 150—175 коек.

Задача: диспансеризация нервно-психиатрического дела в Минске и Витебске, увеличение нервных коек, сельский патронат душ. больных, расширение трудовой колонии „Новинки" для хроников.

18. В октябре 1924 года открыты 3 рентгеновских кабинета, с 4 установками в Минске; имелось: в Витебске—2 рентгеновских кабинета, в Могилеве—1, в Бобруйске—1 с 2 установками (не действовал) в Полоцке—1 (не действовал)

За отчетный период организованы специально для лечения фавуса 1 кабинет в Минске и 1 в Витебске; организованы, пополнены и восстановлены рентгеновские кабинеты в Минске, Витебске, Могилеве, Полоцке и Бобруйске. Кроме этого НКЗ выписал из Германии рентгеновское оборудование для диагностики и терапии, для Слуцка, Борисова, Мозыря, Орши и Минского Туб. Диспансера.

В целях подготовки рентгенологов для округов, в Ленинград и Киев были командированы 4 врача.

Задачи: а) углубить работу по борьбе с фавусом;
б) постепенно подходить к охвату рентгено-диагностики и терапии других заболеваний.

19. Для физических методов лечения, в декабре 1924 года, в Минске была организована электро-водо-лечебница, со всеми видами водо и электро-терапии. Количество процедур в ней возросло с 2133 (декабрь 1924 года) до 5247 (в июле 1925 года).

Приступлено к организации водо-электро-лечебницы в Витебске.

Задачи: а) об'единить руководство в БССР всех физических процедур — в будущем Институте физических методов лечения, в том числе руководство рентгеном;
б) периферические ячейки рассматривать, как филиалы этого будущего Института.

20 Производственная программа по протезной помощи, по смете была определена на 400 крупных протезов. Всего инвалидов в БССР, нуждающихся в протезах, 1000. Программа выполнена на 125%. Протезами удовлетворены инвалиды войны и труда, в том числе и крестьяне.

В целях децентрализации и приближения к населению протезной помощи—открыто отделение протезной местерской в Бобруйске.

Задачи: а) усиление лечебного контроля над работой протезной мастерской;
б) переформирование ее и перенесение в Витебск, для организации там ячейки будущего Протезного Института;
в) организация при БГУ курсов по ортопедии.

21. Зубная помощь находится в зачаточном состоянии. Достигнута лишь организация зубкабинетов в каждом районе.

Качественная постановка требует значительного улучшения.

Задачи: а) организация в Минске показательного зубоврачебного кабинета;
б) углубление работы в области зубного протезирования и челюстной хирургии;
в) проработка вопроса об организации зубных амбулаторий диспансерного типа.

22. Врачебно - Контрольные Комиссии БССР существовали до октября 1924 года лишь в окружных городах. За отчетный период, в целях приближения к населению, организованы ВКК и в районах.

В настоящее время в БССР функционируют 10 окружных ВКК и 28 районных. Условия работы были тяжелые, так как не были отпущены специальные средства. Врачи работали по совместительству. Обращаемость непрерывно растет.

Задачи: а) сблизить работу ВКК и БВЭ с клиникой профболезней;
б) приступить к разработке материала работ ВКК, ибо от правильной работы последних зависит и наше правильное представление о работе лечебных учреждений и о фактической заболеваемости трудящихся.

23. Содержание судебно-медицинской экспертизы было отнесено на госбюджет лишь с начала отчетного года, причем по Минску и Витебску было отпущено средств на содержание—по целой штатной единице, по всем остальным округам—только лишь 1/4 штатной единицы. За отчетный период, совместно с НКЮ, было разработано положение о правах и обязанностях суд.-мед. экспертов. Была введена статистическая карта, и установлена месячная отчетность. Производство судебно-химических анализов было возложено на Пастеровский Институт.

Задачи: а) поднять квалификацию суд.-мед.экспертов;
б) углубить работу в области судебно-медицинской экспертизы;
в) больше связаться с Пастеровским Иститутом, Наркомюстом и их органам и на местах;
г) увеличить число судебно-медицинских экспертов.

24. Основная работа Рабмеда:

а) участие в общей работе НКЗ;

б) проведение строгой системы использования лечебного фонда и установление строгой финансовой дисциплины;

в) большее участие в профилактических мероприятиях. Эти положения были выполнены.

Задачи: а) рабмед должен быть не только кассиром органов здравоохранения, но обязан участвовать во всей работе последних;
б) характер работы должен быть более общественно-пролетарский;
в) органы здравоохранения должны стремиться к проведению по общей смете всех учреждений по обслуживанию застрахованных;
г) организация специально-рабмедовской сети недопустиюа;
д) неравенство обслуживания рабочих и крестьян должно быть избегнуто.

25. Переходя к анализу сети, можно констатировать:

а) рост сети очевиден, и приближает медицинское ослуживание к населению;

б) если сравнить с довоенным временем—наблюдается сокращение коечной помощи и увеличение амбулаторно-участковой;

в) увеличение коечной помощи необходимо в сельских местностях и в городах: Бобруйске, Орше, Полоцке, Борисове и Витебске;

г) неправильное распределение коек по специальным видам медпомощи;

д) громадный рост обращаемости, и падение фельдшерской деятельности;

е) в сельских местностях рост обращаемости идет гораздо быстрее, чем в городах, как среди застрахованных, так и среди прочих граждан;

ж) обрашаемость среди застрахованных, в городах и округах, и прочих граждан - в сельских местностях, растет больше за счет повторных, чем первичных посещений;

з) в городах, среди всех граждан наблюдается преобладание роста первичных посешений над ростом повторных, повидимому, ввиду пользования помощью в городских учреждениях крестьян, приезжающих издалека, в большинстве случаев, однократно;

к) авторитет и популярность лечебных учреждений безусловно возросли;

л) нагрузка коек значительно возросла Перегрузка особенно резко отмечается по Витебску, Калининску и Орше;

м) средняя пребываемость больного в больнице уменьшается;

н) застрахованные дают меньшую пребываемость в больницах, что указывает на запущенность болезненных процессов у крестьян;

о) положение родильной помоши катастрофическое. Огромное большинство рожениц не удовлетворяется акушерской помощью;

п) картина помощи на дому крайне пестрая.

Задачи: а) необходимо, чтобы фонд „Г“ перестал быть главной статьей дохода по строительству основной сети лечучреждений;

б) необходимо итти по линии нормального построения измерителей для лечебно-санитарных учреждений;
в) увеличить количество заразных коек;
г) расширить специальные виды помощи: акушерско-гинекологическую, психиатрическую, по борьбе с трахомой, туберкулезом, сифилисом и по зубоврачеванию;
д) дальнейшее увеличение зарплаты медработникам;
е) укрепление сельских врачебных амбулаторий и превращение их в сельские диспансеры;
ж) открытый в 1925 году, в Братьковичах, первый сельский диспансер должен стать показательным сельским диспансером всей БССР.

26. Аптечное дело есть часть лечебной медицины, вернее, всего здравоохранения в целом. Нельзя рассматривать медикаменты, как предмет, предназначенный исключительно для извлечения коммерческой прибыли. Работа аптечных органов должна быть в основе построена на принципе максимального дешевого снабжения населения медикаментами и медицинским инструментарием.

Поэтому Белмедторг необходимо рассматривать, как Центральное Аптечное Управление, главным образом, снабжающее, а во вторую очередь — торгующее.

В текущем году была проделана огромная работа по организации антечного центра и его отделений на местах. Открыто семь показательных аптек в округах, с целью внутреннего экономического регулирования аптечных цен.

Арендные аптеки (за исключением семи из 77) полностью из'яты из частных рук и переданы в распоряжение органов здравоохранения. Разработан и одобрен Ученым Медицинским Советом медикаментозный каталог и примерные рецептурные формулы, что значительно удешевляет стоимость рецепта.

Путем заключения договора с Окрздравами по снабжению аптечными товарами, под работу Белмедторга подведено плановое начало. Организован фармзавод.

Задачи: дальнейший охват аптечного рынка, удешевление лекарственных и врачебных предметов, большее снабжение хирургическим инструментарием и лабораторной аппаратурой лечебно-санитарных учреждений, концентрация в фармзаводе всей фасовочной работы в БССР.

27. Санитарный надзор в БССР осуществлялся через институт санитарных врачей, которых имеется 25 по всем окружным городам. Количество, безусловно, недостаточное. Работа сводилась, главным образом, к практическому проведению в жизнь постановлений НКЗ, каковые были выработаны по всем частям санитарного надзора, и к производству химико бактериологических анализов.

Обязательные постановления полностью проведены в округах: Орше и Могилеве, на 90% в Минске и Мозыре, на 50% в Бобруйске, 25% в Полоцке, в Витебске и Борисове и 15% в Калининске и Слуцке.

Самостоятельные химико-бактериологические лаборатории находятся в Минске, Витебске и Могилеве (в Минске Пастеровский Институт, в Витебске—типа Пастеровского Института). По остальным округам—только бактериологические кабинеты в лечебно-санитарных учреждениях. Пастеровский Институт в Минске сконцентрировал в себе вакцинное и сывороточное дело.

Задачи: а) Пастеровский Институт в Минске должен стать Центральным научным руководящим органом санитарного надзора в БССР, путем создания его филиалов на ме-

стах. Вокруг местных химико-бактериологических лабораторий должна концентрироваться вся работа санврачей;

б) повышение зарплаты санврачам;

в) участие саннадзора в коммунальном благоустройстве.

28. По борьбе с соцболезнями, туберкулезом и венерическими, НКЗ располагал к осени 1924 года тремя туберкулезными и двумя венерическими диспансерами Между тем учет больных, особенно туберкулезных, говорит о ежегодном колоссальном росте заболеваемости его по всей территории БССР. Так, с 1922 по 1925 г. были зарегистрированы следующие цифры по группе соцболезней:

	1922 г.	1923 г.	1924 г.	6 м-цев 1925 г.
Сифилис . . .	1304	4790	9005	5998
Туберкулез . .	3094	14888	30546	30162

Таким образом, за четыре года, на каждые 10.000 населения, в среднем, приходится больных соцболезнями 221,8

В настоящее время, работают диспансеры во всех округах—девять туберкулезных и шесть венерических Кроме того имеются диспансеры в сельских местностях: Оршанского округа, Витебского и Калининского. Также организован целый ряд подсобных учреждений при диспансерах: ночные санатории, диэтстоловые и детские площадки.

Задачи: а) дооборудовать диспансеры и углубить их обследовательский характер работы;

б) оживить работу Соцсоветов;

в) при вен. диспансерах Советы Соц. Помощи преобразовать в Советы по борьбе с проституцией;

г) приступить к организации здравячеек на предприятиях.

29. Борьба с малярией выразилась:

а) в посылке отрядов в Мозырский округ, Бобруйский и Слуцкий. В Мозырском округе $^{2}/_{3}$ населения было поголовно обследовано. Обследование выявило, что Мозырский округ является очагом малярийных комаров, с поражением населения до 50%;

б) в организации малярийной станции в Мозыре;

в) в хинизации названных округов, в пораженных районах.

Задачи: а) увязать работу Окрздравов с государственными мероприятиями по мелиорации;

б) повести усиленную хинизацию и санпросветработу;

в) привлечь все общественные силы деревни для уничтожения зимовок комаров.

30. Борьба с бешенством занимала в работе НКЗ одно из первых мест, так как количество укушенных прогрессивно увеличивалось. Правильное разрешение получил этот вопрос только лишь с момента децентрализации антирабических прививок и переноса их непосредственно на периферию, в округа.

Задачи: а) изучить детально практические результаты этой децентрализации.

31. Количество оспенно-непривитых в БССР достигает 1.500.000 чел. Совнаркомом утвержден законопроэкт об обязательном оспопрививании и оспенная кампания этим летом проведена по всем округам. Сделано 178.000 прививок Кампания проводилась 25 оспопрививателями (студентами, лекпомами), предварительно пропущенными через двухнедельные курсы при Пастеровском Институте.

Задачи: подготовиться к будущей кампании.

32. Работа в Исправдомах должна вестись в направлении:

а) разгрузки; б) санитарной обработки заключенных и в) регулярного санитарного надзора.

33. Санитарное просвещение имело три основных задачи:

а) работу Центрального Дома Санпросвета;

б) снабжение изб-читален литературой и плакатами;

в) работу в клубах.

Задачи: а) превращение Центрального Дома Санпросвета в Центральную Мастерскую по изготовлению учебных пособий по санпросвету;

б) большая увязка с сельской школой;

в) использование радио.

34. По охране материнства и младенчества работа сводилась в главнейшем к следующему:

а) были организованы 45 летних яслей вместо 14 прошлогодних;

б) дооборудованы и вновь организованы 15 консультаций в окружных городах и 5—на районах;

в) реорганизованы Дома Ребенка, общее количество которых—15, из них на районы приходится—3;

г) проведена большая работа по организации юридических консультаций и Советов Соц. Помощи.

Задачи: а) патронирование детей детских домов;

б) широкая ясельная кампания.

35. Контингентом, который обслуживают наши учреждения по охране детства, являются, главным образом, учащиеся в школах. Всего по БССР имеется 4.000 школ, охватывающих 250 000 детей; 104 детских дома—6.000 детей; 38 детских садов, в которых воспитывается 1.500 детей и 31 профшкола с 1800 рабочими подростками.

На 60.000 учащихся в городах БССР имеется 30 штатных единиц медперсонала, занятых 44 врачами. На одного врача приходится 12,3 учреждений или 2.000 детей. Между тем норма РСФСР—один врач на 300 детей детдомов или 600 детей школьников. Школы и дома находятся в тяжелом санитарном состоянии, вследствие скученности и отсутствия подходящих помещений.

Одним из крупных достижений в этом году является повышение заработной платы школьно-санитарных врачей и уравнение их по оплате с санитарными врачами.

Организация борьбы с соцболезнями поставлена недостаточно. За 1924 год было зарегистрировано в БССР 2065 больных костным туберкулезом.

✓ Число больных с грибковыми заболеваниями головы доходит до 30—40 тысяч человек.

Для костного туберкулеза была расширена санатория „Черницы" до 60 коек.

Для лечения фавуса мы имеем кварцевые лампы в Полоцке, Бобруйске, Могилеве, Минске и Витебске. Но этого не хватает. Оборудование крайне ничтожно.

НКЗ была проделана огромная работа по медосвидетельствованию рабочей молодежи, что дало 4.000 индивидуальных карточек.

Положено начало антропометрии, и материалы, которые имеются в НКЗ, дают крайне ценную картину состояния и развития детей по национальностям.

Задачи: а) усилить школьно-санитарную работу участкового врача и общий школьно-санитарный надзор в городах;

б) принять активное участие в работе по улучшению школьного режима;

в) через антропометрические кабинеты связаться теснее с физкультурой;
г) центром работы школьно-санитарных врачей сделать детский диспансер.

36. Начиная с 1925 года, НКЗ впервые в БССР ввел карточную систему статистики, которая дает возможность составить оценку санитарного состояния Белоруссии.

Санитарная статистика должна стать неот'емлемой частью здравоохранения, и ни в коем случае ее нельзя рассматривать как балласт.

Задачи: а) точность в заполнении статистических данных;
б) своевременная их доставка;
в) научная разработка.

Общие выводы.

37. а) Борьба за качество—самый основной практический лозунг на текущий год. Дооборудование лечебно-санитарных учреждений, внутренний режим, новое и ремонтное строительство, переквалификация среднего медперсонала;
б) Увеличение числа заразных коек.
в) Оформление санитарно-профилактической организации, увязка ее работы с Институтом Социальной Гигиены и Пастеровским Институтом. Осуществление методов диспансеризации лечебных учреждений.
г) Дальнейшее углубление работы, в области привлечения к органам здравоохранения внимания широких крестьянских и рабочих масс, через санитарные комиссии Сельсоветов, РИК'ов и рабочие совещания рабмедов.
д) Больше внимания коммунальному строительству.

РЕЗОЛЮЦИЯ

по отчетному докладу Народного Комиссара Здравоохранения Белоруссии, М. И. Барсукова, на 2-ом Всебелорусском совещании заведующих окрздравами, рабмедов и участковых врачей, делегатов 1-го Всесоюзного Участкового С'езда. 3—6 декабря 1925 г.

I. Совещание заведыв. окрздравами, зав. рабмедами и делегатов от участковых врачей, заслушав доклад Наркома Здравоохранения т. Барсукова, констатирует, что за 1924—25 г. НКЗдравом была проделана большая работа по оформлению органов здравоохранения, по определению твердой сети лечебно-профилактических учреждений, по их финансовому и качественному укреплению, а также по привлечению общественного внимания к задачам медико-санитарного строительства.

II. Совещание признает общую линию НКЗ в деле руководства здравоохранением правильной, и с удовлетворением отмечает, что истекший период прошел под знаком максимального удовлетворения медико-санитарных нужд на селе.

III. Вместе с тем совещание находит, что строительство здравоохранения в БССР тормозится след. основными моментами:

1. Отсутствие в Белоруссии крупной промышленности, наследие национального угнетения царизма, империалистическая и гражданская война—все это, вместе взятое, обусловило громадную культурно-экономическую отсталость белорусского крестьянства и еврейского местечкового населения.

2. Санитарное состояние белорусских городов, местечек и деревень в отношении водоснабжения, канализации, банного дела и общего коммунального благоустройства, чрезвычайно плохое. Крайне остро ощущается жилищный кризис.—Помимо того, санитарное неблагополучие усугубляется еще непрекращающимся потоком беженцев из Западной Белоруссии.—Организация саннадзора только еще начинает строиться.

3. При такой обстановке, социальные болезни (туберкулез, сифилис, трахома, парша) и эпидемии (скарлатина, желудочно-кишечные инфекции, малярия) получают угрожающее распространение.—Борьба с этими заболеваниями затрудняется недостатком заразных коек, изоляционных домов и дезустановок.

4. Существующая медико-санитарная сеть в городе, и особенно в деревне, количественно и качественно крайне недостаточна.—Лечебные учреждения требуют крупного ремонта, усиления общего и медицинского оборудования. Наличный штат медперсонала слишком малочислен и мало квалифицирован.—В сельских местностях 20% врачебных должностей остаются незамещенными. Заработная плата медперсонала крайне низка.

5. Бюджет по здравоохранению все еще остается чрезвычайно скудным, как в абсолютных цифрах, так и в процентном отношении к общим расходам по государственному и местному бюджету. Ассигно-

вания на санитарно-профилактические мероприятия, как-то: санитарное просвещение, борьба с эпидемиями, оздравдет и санитарная статистика весьма незначительны.

IV. Несмотря на эти тяжелые условия, все же за отчетный период выявлены определенные достижения:

1. В области административно-хозяйственной: а) проведены в штат и приглашены вторые врачи при райбольницах, б) впервые, по новому бюджету, проведены ассигнования на стажирование и усовершенствование врачей, в) бюджет по здравоохранению на 1925—26 год, по сравнению с 1924—25 г. увеличен в абсолютных цифрах и вносит некоторые улучшения в постановку и содержание лечучреждений (увеличены измерители и штаты).

2. В области санитарно-профилактической: а) открыты в окружных городах пять тубдиспансеров, три вендиспансера, а также один сельский диспансер в селе Братьковичах (Калининского округа); б) начата систематическая борьба с малярией; в) расширена производственная работа Пастеровского Института; г) частично проведена оспопрививательная кампания; д) достигнута децентрализация антирабических прививок; организованы и оформлены сансоветы и сантройки; ж) по санпросвету достигнута плановость и методичность работы, а также изданы санпросветпособия на национальных языках.

3. В области статистики: введена карточная система регистрации заболеваний и урегулирована текущая отчетность.

4 В области охматдета: а) расширена сеть яслей (особенно в сельских местностях), а также детских консультаций; б) организованы юридические консультации и Советы социальной помощи; в) произведена санитарная перепись школ.

5. В области лечебной: а) проведено плановое расширение амбулаторной и коечной сети, особенно в деревне; б) проведена кампания по отправке крестьян на курорты (130 человек); в) начата реорганизация психпомощи в сторону ее качественного улучшения; г) открыты след. учреждения: тубсанаторий „Красный Октябрь", эвакоприемник, клиника профессиональных болезней и трахоматозные общежития—изоляторы; д) проведено огосударствление аптечной сети.

В части медобслуживания застрахованных: а) приближение лечебной помощи к предприятиям и застрахованным; б) упорядочение снабжения протезами; в) усиленное участие рабмедов в профилактической работе по борьбе с соцболезнями и охматмладу; г) расширение санаторно-курортной помощи; д) начата диспансеризация медобслуживания застрахованных, как-то: организация клиники профболезней, расширение ночных санаторий и диэтстоловых.

6. В области физкультуры: через Окрздравы начато привлечение врачей к этой работе.

V. На предстоящий год, совещание считает необходимым осуществление следующих задач:

1. Большее вовлечение трудящихся в дело строительства здравоохранения, оживление работы сансоветов и сантроек, страховых и административно-хозяйственных совещаний.

2. Большая увязка медико-санитарного дела с национально-бытовыми особенностями. В частности необходимо: а) усвоение медперсоналом того языка, на котором говорит большинство населения данного района обслуживания; б) устройство яслей в деревнях и местечках с привлечением медперсонала, знающего родной язык населения; в) более оживленное проведение белоруссизации в аппаратах Окрздравов и лечсанучреждений.

3. Дальнейшее углубление санитарно-профилактичекой деятельности: а) уделить исключительное внимание вопросам санитарной

техники и коммунального благоустройства; б) принять все меры для организации борьбы с текущими эпидемиями; в) провести диспансерные методы в деле борьбы с соцболезнями; г) укрепить санитарную организацию на местах.

4. По статистике: урегулировать снабжение мест статистическим материалом и наладить периодическое издание бюллетеня.

5. По охране здоровья детей: увеличить сеть детских диспансеров с передачей им руководства школьно-санитарным делом, увеличить число детских площадок.

6. По охране материнства и младенчества: а) увеличить число городских и сельских яслей, а также районных консультаций; б) начать работу по переходу от призрения детей в закрытых учреждениях— к патронату.

7. По лечебной помощи: а) принять меры по пополнению всех лечучреждений оборудованием, инвентарем, инструментарием, и добиться приближения к нормальных штатам; б) расширить коечную помощь, как в городах, так и в сельских местностях; в) усилить акушерскую и зубоврачебную помошь; г) увеличить контингент обслуживаемых клиникой профболезней и практически приступить к диспансеризации лечпомощи, в частности, нервно-психиатрической; д) добиться увеличения числа психкоек и приступить к организации патроната для душевно-больных; е) провести в законодательном порядке план строительства лечебно-санитарной сети; ж) принять меры к расширению санаторной помощи, путем увеличения санаторной сети в Белоруссии и аренды санаторий в курортных местностях.

8. В области административно-хозяйственной: а) принять меры к производству крупных ремонтов и возведению новых зданий для лечебно-профилактических учреждений, как в городе, так и в деревне; б) укомплектовать аппараты Окрздравов; в) укомплектование врачебных должностей в городах производить как путем приглашения отдельных специалистов, так и предоставлением научных командировок местным врачам, для специализации; г) для привлечения врачей на участки, необходимо добиваться улучшения их материально-бытового положения, обязательного предоставления квартир, введения периодических научных командировок, а также проведения предварительного стажа молодых врачей при клиниках и окружных больницах; д) практически приступить к переподготовке и повышению квалификации врачей, акушерок, сестер и младшего медперсонала; е) произвести переучет медперсонала и издать „Положение о правах и обязанностях медперсонала"; ж) добиться общего повышения зарплаты медперсоналу, выделяя в особую группу медработников, работающих в особо вредных условиях; з) в оплате труда медработников добиться полного удовлетворения требований охраны труда; и) практически провести в жизнь правила внутреннего распорядка в городских и сельских лечучреждениях; к) включить в будущий бюджет учреждения, содержащиеся исключительно за счет фонда „Г"; л) по наиболее крупным лечсанучреждениям провести децентрализацию в распоряжении кредитами.

9. По физкультуре: необходимо самым тесным образом увязать работу с Советами физкультуры путем активного участия в них работников Окрздравов, и через медицинский научный контроль. Последний лучше всего может быть осуществлен при антропометрических кабинетах, которые должны находиться под руководством Окрздравов.

В 1926 году Моск. Мед. Журнал углубит и усилит разработку этих принципов.

Вместе с тем Мос. Мед. Журнал остается общим журналом, обслуживающим массового врача, давая клинические статьи, обзоры и рефераты текущей медицинской литературы, возможно полную библиографию книжного медицинского рынка Союза и информацию о научно-медицинской жизни страны.

Годовые подписчики получат в 1926 г. 2 приложения:

К. Дрезель. Заболевания вегетативной нервной системы. 15 печ. лист. с 16 цвет. рис. Перев. с немецк. под ред. проф. **С. Давиденкова.**

А. Гротьян. Социальная патология (II часть) 15—18 печ. листов. Перев. с нем под ред. проф. **Каплуна.**

В ЖУРНАЛЕ БУДУТ СЛЕДУЮЩИЕ ОТДЕЛЫ:

1. Оригинальные статьи по клинической и экспериментальной медицине. **2.** Оригинальные статьи по гигиене, профессиональным болезням, эпидемиологии и социальной медицине. **3.** Оригинальные статьи и отчетные данные по деятельности Отдела Здравоохранения М. С. Р. и К. Д. **4.** Обзоры и рефераты. **5.** Библиография. **6.** С'езды и заседания мед. обществ. **7.** Хроника.

В РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ ВХОДЯТ:

ЗАВЕДУЮТ ОТДЕЛАМИ ЖУРНАЛА:

В 1925 году дано **12 книжек** и 2 бесплат. приложения **1) УАЙТ.** Профессион. болезни кожи (19 печ. лист. с рисун.). 2) **ГРОТЬЯН.** Социальная патология (18 печ. лист.).

ВСЕ ОБЯЗАТЕЛЬСТВА ВЫПОЛНЕНЫ.

Прием подписки:

Москва, Кузнецкий, мост 6.

Издательство МОЗДРАВОТДЕЛА.

В Москве высылаются агенты.

Звоните 3-29-38, 4-29-54 доб. 6.

ИЗДАТЕЛЬСТВО МОСЗДРАВОТДЕЛА

МОСКВА, Кузнецкий мост, 6.

Принимается подписка на 1926 г. на журнал

НОВАЯ ХИРУРГИЯ

(2-й год издания).

Журнал клинической, экспериментальной и социальной хирургии.

НОВАЯ ХИРУРГИЯ —первый орган, охватывающий все стороны хирургической мысли и практики в С. С. С. Р.

НОВАЯ ХИРУРГИЯ на ряду с материалами по общей, экспериментальной и клинической хирургии, дает материал по хирургическому обслуживанию населения в широком смысле слова.

НОВАЯ ХИРУРГИЯ с особым вниманием относится к проблемам социальной патологии и терапии хирургических болезней, являясь первым хирургическим органом, ставшим на путь социальной медицины и профилактики.

НОВАЯ ХИРУРГИЯ отводит большое место отчетам хиругических учреждений об их деятельности и отчетам о с'ездах и заседаниях, имеющих значение для хирургов и хирургического дела в Союзе.

НОВАЯ ХИРУРГИЯ дает систематические обзоры наиболее интересных вопросов хирургической мысли и библиографию текущей литературы в С.С.С.Р.

НОВАЯ ХИРУРГИЯ уделяет значительное место подробным отзывам о новых хирургических изданиях.

НОВАЯ ХИРУРГИЯ консультирует по вопросам хирургической экспертизы. В 1925 году все обязательства по отношению к подписчикам выполнены.

В 1926 г.

ПОДПИСНАЯ ЦЕНА с доставкой, пересылкой и **бесплатным приложением—12 р.**

ДОПУСКАЕТСЯ РАССРОЧКА: при подписке 6 руб. и 1 июля 6 руб.

ЦЕНА № В ОТДЕЛЬНОЙ ПРОДАЖЕ—1 руб. 80 коп.

ВЫХОДИТ ЕЖЕМЕСЯЧНО, КРОМЕ ИЮЛЯ и АВГУСТА.

„НОВАЯ ХИРУРГИЯ“ будет систематически освещать вопросы онкологии, травматологии, ортопедии и хирургического туберкулеза и хирургической невропатологии, вопросы, которые теперь широко ставятся здравоохранением в С.С.С.Р. и до сего времени систематически

не освещались в русской периодической печати. Учитывая острую потребность научных работников С.С.С.Р. в библиографии русской хирургической литературы за истекшие годы.

„НОВАЯ ХИРУРГИЯ“ дает в 1926 г. БЕСПЛАТНЫМ ПРИЛОЖЕНИЕМ: Библиографию Русской Хирургии и пограничных областей за 1914—1924 г.г.

Коллективный труд ленинградских хирургов под редакцией проф. Э. Р. Гессе, выполненный по поручению Хирургического О-ва им. Пирогова в Ленинграде при участии: проф. Ф. И. Валькер (Ташкент), прив.-доц. В. А. Гораш (Ленинград), проф. Ю. Ю. Джанелидзе (Ленинград), Золотухина (Ленинград), доц. П. Г. Корнева (Ленинград), прив.-доц. М. С. Лисицына (Ленинград), В. П. Мануйлова (Ленинград), проф. А. В. Мельникова (Харьков), проф. В. В. Москаленко (Екатеринослав), прив.-доц. В. А. Павленко (Ленинград), Г. Ф. Петрашевский (Ленинград), доц. А. В. Смирнова, прив.-доц. А. Ю. Сезон-Ярошевича (Ленинград), С. Е. Соколова (Ленингуад), проф. В. А. Шаак (Ленинград), проф. В. Н. Шамова (Харьков) прив.-доц. П. А. Куприянова (Ленинград).

НОВАЯ ХИРУРГИЯ печатает отдельным приложением **протоколы Рус. Хир. О-ва в Москве** („Труды О-ва“).

В 1926 г. журнал будет продолжать выходить ЕЖЕМЕСЯЧНО (кроме июля и августа) книжками 8—10 листов текста каждая.

В РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ ВХОДЯТ:

Проф. Н. И. Березнеговский, проф. Н. Н. Бурденко, проф. К. Ф. Вегнер, проф. П. А. Герцен, проф. Э. Р. Гессе, проф. И. А. Голяницкий, А. И. Заблудовский, П. Г. Корнев, проф. Н. И. Напалков, проф. В. А. Оппель, проф. Н. Н. Петров, В. Н. Розанов, проф. П. Д. Соловов, проф. С. И. Спасокукоцкий, В. Р. Хесин и проф. В. Н. Шамов.

ЗАВЕДУЮТ ОТДЕЛАМИ ЖУРНАЛА.

Общей, экспериментальной и клинич. хирургии—проф. Н. Н. Бурденко и проф. П. Д. Соловов.

Социальной хирургии - проф. И. А. Голяницкий и В. Р. Хесин.

Отчетов—В. Р. Хесин.

Литературн. обзоров, библиографии и рецензий—А. М. Заблудовский.

Ответственный редактор проф. И. А. Голяницкий.

Секретари редакции Г. Л. Белкин и А. Д. Каплан,

ПРИЕМ ПОДПИСКИ: МОСКВА, Кузнецкий мост 6.

Издательство МОСЗДРАВОТДЕЛА.

В Москве высылаются агенты.

Звоните 3-29-38, 4-29-54 доб. 6.


B000000 186058 1